



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość data

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

..... (opis w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny,
ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,
innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)

.....

.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

- 1) osoba jest **leżąca***, porusza się: **samodzielnie***, **o kulach***, **na wózku inwalidzkim***, **z pomocą drugiej osoby***;
- 2) **przyjmuje pokarmy** samodzielnie*, jest karmiona przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....
- 3) **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
- 4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
- 5) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*.....
- 6) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*.....

8. Czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką):.....

gruźlicę płuc lub innych narządów:.....

chorobę weneryczną (jaką):.....

utratę wzroku: **tak/nie**, w jakim stopniu:.....

padaczkę: **tak/nie**.....

chorobę psychiczną: **tak/nie**, jaką:.....

inne kalectwo:.....

Czy chory może być niebezpieczny: dla siebie: **tak/nie**, dla innych: **tak/nie**

dlaczego:.....

.....

pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

-
- niepotrzebne skreślić