

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:

a) osoba jest leżąca*, porusza się: samodzielnie*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą drugiej osoby*;

b) przyjmuje pokarmy samodzielnie*, jest karmiona przez drugą osobę, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?)

.....

c) rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....
.....

d) rodzaje i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
.....

e) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*
.....
.....

f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, w miesiącu*

8. czy aktualnie stwierdza się:

chorobę zakaźną (jaką)

gruźlicę płuc lub innych narządów:

chorobę weneryczną (jaką)

utrata 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**

dłaczego:

.....

.....
(pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*niepotrzebne skreślić