

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się
o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowania / możliwości poprawy / dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Pomocy Społecznej (w załączeniu)

7. Zaznaczyć **jeden** typ domu pomocy społecznej, do którego powinna zostać skierowana w/w osoba:

- 1 osób w podeszłym wieku,
- 2 osób przewlekle somatycznie chorych,
- 3 osób przewlekle psychicznie chorych,
- 4 dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5 dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- 6 osób niepełnosprawnych fizycznie,
- 7 osób uzależnionych od alkoholu.

(pieczęćka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)