Zał. Nr 2 do Procedur postępowania w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Opocznie w sprawach dotyczących kierowania i ustalania odpłatności za pobyt osób w domach pomocy społecznej

Pieczątka 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:.....

.....
pieczątka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

- niepotrzebne skreślić