

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość..... Data.....

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

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania (pobytu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1) osoba 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.....

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

padaczkę.....

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

uzależnienie od alkoholu: **tak/nie**, jeżeli **tak** to:

- czy osoba ukończyła terapię?: **tak/nie** (dlaczego?), kiedy?

.....

- czy zachowuje abstynencję?: **tak/nie**, od kiedy

czy chory może stwarzać niebezpieczeństwo: dla siebie: **tak/nie**, dla innych: **tak/nie**

dlaczego.....

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie