

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowośćdata.....

**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. Uszkodzenie 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 podstawowej 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:

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

dłaczego:

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić