

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość.....

Nr PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego*

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

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

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

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

4. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

5. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium

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

6. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

8. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych

TAK*

NIE*

9. Wymaga umieszczenia w DPS dla:

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

(w przypadku kilku schorzeń należy zaznaczyć dominujący typ domu)

Czy wymaga pobytu w domu pomocy społecznej **na stałe*** czy **okresowo*?**"

10. W uzasadnionych przypadkach – konsultacja psychiatry

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

11. W przypadku upośledzenia umysłowego – konsultacja psychologa

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

12. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(data)

13. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?
(data)

14. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK*

NIE*

*niepotrzebne skreślić

.....
Pieczeń i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie