

CZEŚĆ I
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

2. Wiek:.....

3. Jest osobą przewlekle chorą i stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego¹

4. Ze względu na stan zdrowia.....

.....

.....

wymaga całodobowej opieki **stale** lub **okresowo***

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK*

NIE*

6. Typ domu pomocy społecznej, do którego powinna być skierowana osoba*:

- dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku
- dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dom pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dom pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- dom pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dom pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu

7. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez DPS świadczeń zdrowotnych * :

- > pielęgnacja chorych,
- > pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- > leczenie, badanie i porady lekarskie,
- > rehabilitacja lecznicza,
- > badania i terapia psychologiczna,
- > działania zapobiegawcze.

8. Uwagi i wskazania lekarza.....

.....

.....

.....

¹ Właściwe podkreślić

*

CZĘŚĆ II BADANIA LEKARSKIE

- A. Wywiad (dotyczy dotychczasowego przebiegu choroby, upośledzenia umysłowego-określić stopień-lub kalectwa, stanu zdrowia, stanu sprawności fizycznej i psychicznej, schorzeń występujących okresowo, itp.)

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

Używa sprzętu pomocniczego, rehabilitacyjnego, protezy, okularów, aparatu, słuchowego, inne:

.....

Proszę podać niezaspokojone potrzeby w wyżej wymienionej sprawie:

.....

Nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualny stopień jej pokrewieństwa z badanym:

.....

B. Wyniki badania lekarskiego

1. Wyniki badań dodatkowych (rtg. klatki piersiowej, odczyn Wassermana, badanie krwi, moczu, EKG itp.)- stanowią załącznik do niniejszego badania.

2. Stan obecny:

Czy stwierdza się:

- a). chorobę zakaźną (jaką).....
- b). gruźlicę płuc lub innych narządów.....
- c). chorobę weneryczną.....
- d). jaglicę.....
- e). utratę wzroku..... w stopniu.....
- f). inne kalectwa.....
- g). choroby psychiczne.....
- h). niedorozwój umysłowy..... w stopniu.....
- i). padaczkę.....
- j). stany pomroczone.....
- k). alkoholizm..... okres.....
- l). przebyte leczenie.....

ł). nowotwory złośliwe.....

Czy chory jest niebezpieczny dla otoczenia, dla siebie (objawy)

.....

Rozpoznanie lekarskie.....

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczeńć i podpis lekarza wypełniającego

Wyniki badania lekarza psychiatry lub neurologa (dotyczy osób umysłowo upośledzonych i z zaburzeniami psychicznymi)

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczeńć i podpis lekarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby kierowanej do domu pomocy społecznej:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna :

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

- a) data pierwszej hospitalizacji
- b) data ostatniej hospitalizacji
- c) liczba hospitalizacji
- d) łączny czas hospitalizacji

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku:

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza psychiatry

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno-pedagogiczna podlegająca kuratorowi oświaty).

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby kierowanej do domu pomocy społecznej:

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu..... IQ.....

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym

.....

.....

b) emocjonalnym

.....

.....

c) społecznym

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań.....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?.....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeżeli tak, to kiedy i jak długo?.....

.....

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji.....

.....

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa:

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć psychologa