

Miejscowość,

Data.....

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia usług wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej

„Usługi wsparcia krótkoterminowego mogą być przyznane osobie, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą.”

(Art. 55a ust. 3 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. - t.j. Dz. U. z 2023 r., poz 901 ze zm.)

1. Imię i Nazwisko

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

4. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego:

TAK

NIE

5. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie:

.....

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

8. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez *:

lekarza psychiatrę TAK NIE

11. Stan zdrowia i możliwości psychofizyczne pozwalają na korzystanie z usług wsparcia krótkoterminowego w domu pomocy społecznej dla osób:

przewlekłe somatycznie chorych TAK NIE

osób w podeszłym wieku TAK NIE

.....
podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie

UWAGA:

* W wypadku występowania choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.