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)

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o skierowanie 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, jeśli tak, to jak długo?.....….
.....…...
6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji .....…
7. **Psycholog** (ewentualnie lekarz) **prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....
.....….
……
8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa .....….
.....….
.....….

Miejscowość .....… ……..

Data..... ***podpis i pieczęć psychologa***

Zaświadczenie wydaje lekarz
psychiatra dla osoby chorej psychicznie
ubiegającej się o skierowanie do **domu**
pomocy społecznej

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. **Imię i nazwisko osoby** ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
..... **wiek** .....……
2. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna** .....……...
.....……
.....……
3. Przebieg leczenia:
a. data pierwszej hospitalizacji ....., ostatniej.....…….
b. liczba hospitalizacji ..... , łączny czas hospitalizacji .....…….
c. główne powody hospitalizacji .....…….
.....……..
.....……..
4. **Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego** osoby badanej i prognoza stanu zdrowia
.....……..
.....……..
.....……..
.....……..
5. **Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku** osoby ubiegającej się
o skierowanie do domu pomocy społecznej .....…….
.....……..
.....……..
.....……..
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....……...
.....……..
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza .....……
.....……..
.....……..
.....……
.....……..

…….. ……..
miejscowość i data podpis i pieczęć lekarza

……..
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……..data…….

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko……..

Data i miejsce urodzenia……

Adres zamieszkania……

Nr i seria dowodu osobistego…….

1.Rozpoznanie choroby…….

……

……

……

2. Przebieg schorzenia podstawowego,(początek-ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium……

……

……

……

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące……

……

……

4. Ocena wyników leczenia, rokowania(trwałość uszkodzeń,możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja……

……

……

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualnie potrzeby w tym zakresie……

……

……

6.Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

……

……

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia……..

……

……

……

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

TAK/NIE

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną(rok)……..

Od Kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(rok)……

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

TAK/NIE

10. W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK/NIE

…….

pieczątka i podpis lekarza

Zaświadczenie traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia.

……..

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

……...…

2. Wiek……

3. PESEL……

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

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej

   …….

   …….

   …….

   …….

   …….

   …….

   …….

6. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki stale* lub okresowo*

TAK* NIE*

7. Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej świadczeń zdrowotnych*

a) pielęgnacja chorych
b) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi
c) leczenie badania i porady lekarskiej
d) rehabilitacja lecznicza
e) badania i terapia psychologiczna
f) działania zapobiegawcze

8. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej

TAK* NIE*

9. Wymaga umieszczenia w DPS dla:

a) osób w podeszłym wieku

b) osób przewlekle somatycznie chorych

c) osób przewlekle psychicznie chorych

d) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

f) osób niepełnosprawnych fizycznie

…….…… ..…….

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)

UWAGA:

W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w DPS do niniejszego zaświadczenia dołącza się zaświadczenie psychologa.--