

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie**  
**do Domu Pomocy Społecznej**

*„ Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej”*

Art. 54 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.)

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

.....

2. Data i miejsce urodzenia:.....

3. Adres zamieszkania:.....

4. Od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie:

.....

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

.....  
.....

8. Osoba wymaga opieki pielęgnacyjnej w zakresie:

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

9. .Czy osoba była leczona psychiatrycznie:

1. TAK 2. NIE

10. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez<sup>1</sup>:

**Lekarza psychiatrę** 1. TAK 2. NIE

**Psychologa** 1. TAK 2. NIE

11. Czy osoba ze względu na stan zdrowia wymaga:

**całodobowej opieki:** 1. TAK 2. NIE

**wzmoczonej opieki medycznej:** 1. TAK 2. NIE

12. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

Domu Pomocy Społecznej

(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)

Placówki Pielęgnacyjno-Opiekuńczej

(dotyczy osób wymagających wzmoczonej opieki medycznej)

**stale** 1. TAK 2. NIE

**okresowo** 1. TAK 2. NIE

Proszę podać na jaki okres czasu:.....

13. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

dla osób w podeszłym wieku

dla osób przewlekle somatycznie chorych

dla osób przewlekle psychicznie chorych

dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość: .....

Data:.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

---

<sup>i</sup> w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatrii w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa