

(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

(miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane w celu stwierdzenia zasadności skierowania  
do domu pomocy społecznej**

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

Data urodzenia ..... Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

2. Przebieg schorzenia podstawowego; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;  
stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja; pobyty w szpitalu:

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja:

6. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych oraz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych załączonych do niniejszego zaświadczenia

8. Ww Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe podkreślić):

- a) przyjmowania pokarmów,
- b) wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej,
- c) poruszania się w środowisku,
- d) prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprząatanie, pranie itp.)

9. Ww. Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia sfery emocjonalnej i wolicjonalnej:

10. Ww. Pan(i) wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki osoby drugiej - stale, okresowo, nie wymaga opieki\*.

11. Ww. Pan(i) jest zdolny(a), nie jest zdolny(a)\* do odbycia podróży celem poddania się bezpośredniemu badaniu przez lekarza wydającego opinię.

\* niepotrzebne skreślić

(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)