Miejscowość, …...............................................

Data..................................................................

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

pieczątka 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. - Dz. U. z 2024r., poz 1283 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

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

…............................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:
2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny: ewentualne potrzeby w tym zakresie:
4. 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:

przewlekle somatycznie chorych □ TAK □ NIE osób w podeszłym wieku □ TAK □ NIE

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

podpis i pieczątka 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.