



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie**  
**w domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:** .....

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego:** .....

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

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

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

4. **Rokowanie** (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....

.....  
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu): .....

.....  
.....

7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

a) osoba jest **leżąca\***, porusza się: **samodzielnie\***, **o kulach\***, **na wózku inwalidzkim\***, **z pomocą drugiej osoby\***

b) **przyjmuje pokarmy** samodzielnie\*, jest karmiona przez drugą osobę\*, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?) .....

.....

c) rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych): .....

.....

.....

d) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia: .....

.....

.....

e) rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*: .....

.....  
.....

f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\*: .....

**8. Czy aktualnie stwierdza się:**

a) chorobę zakaźną (jaką): .....

b) gruźlicę płuc lub innych narządów: .....

c) chorobę weneryczną (jaką): .....

d) utratę wzroku: **tak/nie\***, w jakim stopniu: .....

e) padaczkę: **tak/nie\***: .....

f) chorobę psychiczną: **tak/nie\***, jaką: .....

g) inne kalectwo: .....

**Czy chory może być niebezpieczny:** dla siebie: **tak/nie\***, dla innych:

**tak/nie\***, dlaczego: .....

.....

.....

(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)

---

\* Niepotrzebne skreślić.