

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO
w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Zawierciu**

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO

Imię i nazwisko.....

Wiek PESEL

Adres zamieszkania (pobytu)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

Przebieg schorzenia podstawowego

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

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

.....

.....

Rokowania

.....

.....

Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji TAK / NIE

Czy osoba jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego

TAK / NIE

Czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia, całodobowej opieki?

TAK stale / okresowo

NIE stale / okresowo

Ogólny stan psychofizyczny osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania wspomaganego, a w szczególności:

- Sprawność ruchowa:
 - Osoba leżąca,
 - Chodzi samodzielnie,
 - Porusza się z pomocą innych osób,
 - Porusza się z pomocą sprzętu pomocniczego – rehabilitacyjnego (proszę podać jaki),
 - Nie chodzi samodzielnie.
- Zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych:
 - Samodzielnie,
 - Wymaga częściowej pomocy,
 - Całkowicie przy pomocy osób drugih.
- Zdolność porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

***właściwe zakreślić**

- Zdolność przyjmowania posiłków:
 - Samodzielnie,
 - Wymaga częściowej pomocy,
 - Całkowicie przy pomocy osób drugih.

Stan zdrowia badanej osoby pozwala / nie pozwala na skierowanie do mieszkania wspomaganego, gdzie nie ma zapewnionej całodobowej opieki.

Czy aktualnie stwierdza się:

- Chorobę zakaźną (jaką).....
- Utratę wzroku TAK/NIE (w jakim stopniu).....
- Padaczkę
- Chorobę psychiczną TAK /NIE (jaką).....
- Uzależnienie od alkoholu TAK/NIE
- Czy osoba może stwarzać niebezpieczeństwo dla:
 - Siebie TAK/NIE (jeśli tak, to dlaczego).....
 - Innych TAK/NIE (jeśli tak, to dlaczego).....

Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do :

- Mieszkania wspomaganego (dotyczy osoby niewymagającej całodobowej opieki)
- Domu pomocy społecznej (dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

***właściwie zakreślić**

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie