



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość: ....., data: .....

## OPINIA LEKARSKA

### O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UMIESZCZENIE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

#### I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UMIESZCZENIE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

#### II. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ

.....

.....

.....

.....

#### III. PRZEBIEG SCHORZENIA PODSTAWOWEGO

.....

.....

#### IV. USZKODZENIA INNYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW (CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE)

.....

.....

#### V. ROKOWANIE (MOŻLIWOŚĆ POPRAWY), DALSZE LECZENIE I REHABILITACJA

.....

.....

**VI. UŻYWANE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE, ŚRODKI POMOCNICZE I SPRZĘT REHABILITACYJNY, EWENTUALNE POTRZEBY W TYM ZAKRESIE**

.....

.....

**VII. WYKAZ WYKONYWANYCH BADAŃ DODATKOWYCH, KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH, INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ISTOTNEJ DLA OCENY STANU ZDROWIA (W ZAŁĄCZENIU)**

.....

.....

**VIII. ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI I PIELĘGNACJI**

**1. Część ankietowa**

**Osoba ubiegająca się o umieszczenie jest osobą:**

- ☐ leżącą;
- ☐ poruszającą się samodzielnie;
- ☐ poruszającą się o kulach;
- ☐ poruszającą się na wózku inwalidzkim;
- ☐ poruszającą się z pomocą drugiej osoby.

**Osoba ubiegająca się przyjmuje pokarmy:**

- ☐ samodzielnie;
- ☐ jest karmiona przez drugą osobę;
- ☐ inny sposób przyjmowania pokarmów (jakie).....

**Osoba ubiegająca się:**

- ☐ nie wymaga stosowania specjalnej diety;
- ☐ wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....

**2. Część opisowa**

**Rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....

.....

**Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....

.....

**Rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/tygodnia/miesiąca**

.....

.....

**Częstotliwość wizyt lekarskich w domu/poza domem w tygodniu/miesiącu**

.....

.....

**Aktualnie stwierdza się:**

- ☐ chorobę zakaźną (jaką): .....
- ☐ gruźlicę płuc lub innych narządów: .....
- ☐ chorobę weneryczną (jaką): .....
- ☐ utratę wzroku w stopniu: .....
- ☐ padaczkę: .....
- ☐ inne schorzenia: .....

**Chory może być niebezpieczny:**

a) dla siebie:

- ☐ tak;  
☐ nie;

b) dla innych:

- ☐ tak;  
☐ nie.

**Jeśli zaznaczono, że badany jest niebezpieczny dla siebie lub innych, to określić zachowanie:**

.....

.....

.....  
**Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego odpis**