

Miejscowość, data

W N I O S E K
osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL: _ _ _ _ _

UZASADNIENIE WNIOSKU

(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy, proszę wskazać powód ubiegania się o miejsce w DPS-e)

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

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgadzam się na potrącanie odpłatności z moich dochodów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

.....
data, czytelny podpis osoby

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie umieszczenia w DPS-e zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi:

TAK NIE

Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie
- 2) dokumentację medyczną,
- 3) inne dokumenty

(jakie?).....
.....
.....

.....
 (pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E (ogólne, typ domu,
 wskazanie konsultacji lekarskich ws. umieszczenia w DPS-e)

1) **IMIĘ I NAZWISKO** osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej:

.....
wiek.....

2) Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego: tak nie

3) Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:
stale: tak nie **okresowo:** tak nie

4) Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej **tak nie**

- Zalecana konsultacja **lekarza psychiatry** tak nie
 - Zalecana konsultacja **psychologa** tak nie

5) Powinien (powinna) być umieszczony(a) w **domu pomocy społecznej** na pobyt całodobowy o **profilu:***

- 1) dla osób w podeszłym wieku,
- 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie,

*** właściwe podkreślić**

Miejscowość

Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Miejscowość 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

.....

.....

.....(opis w języku polskim)

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: (właściwe podkreślić)

a) **osoba jest:**

- osobą leżącą,
- porusza się samodzielnie,
- przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego- jakiego?.....
- 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**

.....
.....

.....
(podpis lekarza)

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

(wypełnia się jedynie w przypadku jeśli w części „B” w pkt.4 będą zalecenia lekarskie w sprawie przeprowadzenia dodatkowej konsultacji psychologicznej)

miejsceowość

data.....

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

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu **IQ:**.....

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym

.....

.....

b) emocjonalnym

.....

.....

c) społecznym

.....

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

.....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?.....

.....

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji

.....

.....

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) **prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

.....

.....

.....
(*podpis i pieczęć psychologa*)

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
(wypełnia się jedynie w przypadku jeśli w części „B” w
pkt.4 będą zalecenia lekarskie w sprawie
przeprowadzenia dodatkowej konsultacji psychiatrycznej)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
 **wiek**

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

- a. data pierwszej hospitalizacji, ostatniej.....
- b. liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji ok.....
- c. główne powody hospitalizacji
-
-

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się
 o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....

.....

Miejscowość: dn

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)