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

**WNIOSEK**

osoby ubiegającej się o umieszczenie

w Domu Pomocy Społecznej ***Misericordia***

*ul. Ks.prał. M.Szczęsnego 5, 19-300 Ełk*

|  |
| --- |
| ***1.Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………….***  ***2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………….***  ***3. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………….***  ***4. nr PESEL …………………………………………………………………………………………….*** |

**UZASADNIENIE WNIOSKU\***

**(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)**

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………………..**  **Numer kontaktowy:** |

**………………………………………………**

**Data, czytelny podpis osoby\*\***

**Do wniosku załączam:**

**1)zaświadczenie lekarskie**

**2) dokumentację medyczną**

**3) decyzja/odcinek o wysokości pobieranego świadczenia**

**4) inne dokumenty (jakie?) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**\***Uzasadnienie powinno zawierać wskazane przyczyny z powodu których osoba ubiega się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

\*\*czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka 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*** ………………………………………………………….

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

1. ***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:***

1. osoba jest **leżąca**\*, porusza się: **samodzielnie**\*, **o kulach**\*, **na wózku inwalidzkim**\*, **z pomocą drugiej osoby**\*
2. **przyjmuje pokarmy** samodzielnie\*, jest karmiona przez drugą osobę\*, wymaga stosowanie specjalnej diety (jakiej?) ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj i częstotliwość wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych w ciągu dnia ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………...
2. rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno –leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\* ……………………………. ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\* …………………………………………………………………………………………...

**8. Czy aktualnie stwierdza się :**

Chorobę zakaźną (jaką?):………………………………………………………………………..

Gruźlicę płuc lub innych narządów:…………………………………………………………….

Chorobę weneryczną (jaką):…………………………………………………………………….

Utratę wzroku: ***tak/nie,*** w jakim stopniu: ………………………………………………………

Padaczkę: ***tak/nie***………………………………………………………………………..............

Chorobę psychiczną: ***tak/nie***, jaką:……………………………………………………………...

Inne kalectwo: …………………………………………………………………………………..

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

Dlaczego :……………………………………………………………………………………….

………………………………………..

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Niepotrzebne skreślić\*

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość ………………….., data…………………

***Zaświadczenie lekarskie***

***Pan/Pani*** ……………………………………………………………………………………….

**zam.** ……………………………………………………………………………………………..

świadomie i z własnej woli podjął/podjęła decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

………………………………………… ……………………………………

podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie w data, podpis i pieczątka lekarza

domu pomocy społecznej

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość ………………….., data…………………

***Zaświadczenie lekarskie***

|  |  |
| --- | --- |
| 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  1. Tak 🞏 2. Nie 🞏 |
|  | Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:  Stale 1. Tak 🞏 2. Nie 🞏  Okresowo 1. Tak 🞏 2. Nie 🞏 |
|  | Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez dom pomocy społecznej  - pielęgnacja chorych, 🞏 - rehabilitacja lecznicza, 🞏  - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, 🞏 - badania i terapia psychologiczna, 🞏  - leczenie, badania i porady lekarskie, 🞏 - działania zapobiegawcze, 🞏 |
|  | Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej  1. Tak 🞏 2. Nie 🞏  - zalecana konsultacja **lekarza psychiatry**\* 1. Tak 🞏 2. Nie 🞏  - zalecana konsultacja **psychologa \*\*** 1. Tak 🞏 2. Nie 🞏 |
|  | 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, |

Miejscowość ………….., data…………………….

……………………………………….

Pieczęć i podpis lekarza

\* W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **lekarza psychiatry.**

\*\* W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.