Miejscowość i data ....................................................

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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

lekarza wykonującego indywidulaną praktykę lekarską/

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE

DO DOMU SENIORA „ZDZISŁAW” WRAZ Z LISTĄ PRZYJMOWANYCH LEKÓW

(wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko..........................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia............................................................................................................

Nr PESEL .......................................Nr dowodu osobistego ..........................................................

Adres zamieszkania...................................................................................................................

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

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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

2. Choroby współistniejące oraz nawyki

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

a/ choroba zakaźna: tak – nie \*, jeśli tak to jaka?....................................................................................

b/ nosicielstwo chorób: tak – nie \*, jeśli tak to jakie?......................................................................

c/ gruźlica: tak – nie \*

d/ alergie: tak – nie \*, jeśli tak to jakie?...............................................................................................

3. badanie przedmiotowe: waga:.............kg, wzrost:.............cm

ciśnienie krwi:......................... tętno/min...............................

a/ skóra i węzły chłonne.............................................................................................................

b/ układ oddechowy....................................................................................................................

c/ układ krążenia........................................................................................................................

d/ układ trawienia ......................................................................................................................

e/ układ moczowo – płciowy .....................................................................................................

f/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

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

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

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

4. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu

c/ wzroku

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje lub jest konieczna konsultacja,

pod opieka psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

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

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

6. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Osoby badanej

- pielęgnacja

- leczenie stałe

- rehabilitacja leczenia

- badania i terapia psychologiczna

- inne .........................................................................................................................................

7. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

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

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

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

8. Leki przyjmowane systematycznie:

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

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

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

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

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Opieki są: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Opieki lub osób z jej otoczenia. Na podstawie badań lekarskich z dnia ......................................... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana: W/w Pan/i może przebywać w Placówce Całodobowej Opieki.

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

Data i podpis lekarza wydającego zaświadczenie