

Miejscowość i data

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską/

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE
DO DOMU SENIORA „ZAŁĘCZE”**

(wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr PESELNr 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 opieką 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 Seniora „Załącze” są: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Seniora „Załącze” 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