

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA A W SERCU MAJ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora A W SERCU MAJ:

.....
Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania (pobytu).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
2. Schorzenia 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 *), jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym 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 sprawności ruchowej*):

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego- podać jakiego, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

d/ nie chodzi samodzielnie

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

a/ mowy

b/ słuchu.....

c/ wzroku

6. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?.....

.....

7. Nałogi tak-nie*), jeśli tak, to jakie

8. Występowanie ran przewlekłych:

odleżyny tak- nie*); stopa cukrzycowa tak- nie*); inne nie wymienione tak-nie*)(jakie).....

.....

9. Przyjmowane leki (nazwa i dawka).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam/ nie wyrażam*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczącej osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora A w *sercu maj*

.....

*)Niepotrzebne skreślić

(data, pieczęć i podpis lekarza)