

.....
(data i miejscowość)

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora Leśne Zacisze w Kuczkowie:

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia/pesel

.....
adres zamieszkania

2. Choroba zasadnicza i współistniejące:

• wywiad

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

• przebieg choroby

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

- rozpoznania z kodem ICD 10

.....

.....

.....

- przebyte zabiegi operacyjne

.....

.....

.....

3. Ocena stanu psychicznego

- funkcje poznawcze, otępienia wraz z podaniem stopnia

.....

.....

.....

- inne zaburzenia m.in.

- zaburzenia psychotyczne

.....

.....

.....

- zaburzenia zachowania

.....

.....

.....

- zaburzenia depresyjne

.....

.....

.....

- uzależnienia (lekarstwa, alkohol, używki)

.....

.....

.....

4. Ocena stanu klinicznego:

- układ krążeniowy (wydolność, zaburzenia wydolności):

.....

.....

.....
• RR:

.....
.....
.....
• tętno:

.....
.....
.....
• stan krążenia obwodowego:

.....
.....
.....
• układ oddechowy (wydolność, zaburzenia wydolności):

.....
.....
.....
• układ trawienny (dieta, sonda itp.):

.....
.....
.....
• układ moczowy (artykuły higieniczne, cewnik):

.....
• układ ruchu:

- zmiany zwyrodnieniowe

.....
.....
.....
- urazy i następstwa urazów

.....
- ortezy

.....
• układ nerwowy:

- obecność niedowładów

.....
.....
.....
- dodatkowe informacje o stanie układu nerwowego

.....
.....
.....
• narządy zmysłu:

wzrok.....

słuch.....

• stan skóry (odleżyny, owrzodzenia, odparzenia – stopień, umiejscowienie, zalecane postępowanie):

.....
.....
.....
5. Choroby zakaźne (gruźlica, HIV, inne)

.....
.....
.....
6. U wyżej wymienionej osoby nie stwierdzono chorób nowotworowych.

7. Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki oraz to, że w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. (TAK/NIE) *

8. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w zajęciach rehabilitacyjnych. (TAK/NIE) *

.....
pieczęć i podpis lekarza

Zaświadczenie wraz z kopią wypisów ze szpitala należy złożyć:

- w Domu Seniora Leśne Zacisze od poniedziałku do piątku w godz. 8.30 – 15.00
- droga mailową: biuro@lesnezacisze-dps.pl