Data .....

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora Pogodna Jesień w Opolu: .....

Pesel lub data urodzenia: .....

Adres: .....

.....

..

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

- Wywiad: .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
- Przebieg choroby: .....
  .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Rozpoznania z kodem ICD 10: .....
- Stosowane leki: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Przebyte zabiegi operacyjne: .....

.....

.....

.....

....

II. Ocena stanu klinicznego:

- Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności: .....

.....

.....

.....

....

- RR: ..... tętno: .....
- Stan krążenia obwodowego: .....

.....

..

- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności: .....

.....

.....

.....

....

- Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy, PEG itp.: .....
  .....
  .....
  .....
  .....
- Układ moczowy z stosowania cewnika itp.: .....
  .....
  .....
  .....
  ....
- Układ ruchu: zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy: .....
  .....
  .....
  .....
  ....
- Przebyte urazy i ich następstwa: .....
  .....
  .....
  .....
  ....
- Ewentualne stosowane ortezy: .....
  .....
  ..
- Układ nerwowy: obecność niedowładów: .....
  .....
  .....
  .....
  ....
- Inne informacje dot. układu nerwowego: .....
  .....
  .....
  .....
  ....

- Narządy zmysłu:

  Wzrok: .....

  Słuch: .....
- Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń- ich stopień, umiejscowieni e i dotychczasowe postępowanie): .....

  .....

  .....

  .....

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień: .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....
- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:

  Zaburzenia psychotyczne: .....

  .....

  .....

  Zaburzenia zachowania: .....

  .....

  .....

  Zaburzenia depresyjne: .....

  .....

  .....

  Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków: .....

  .....

  .....

IV. Choroby zakaźne:

- Gruźlica: .....
- HIV: .....
- Inne.(WZW.B,.WZW.C): .....

V. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga całodobowej opieki i nie wymaga hospitalizacji.

VI. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.

.....
(pieczęć, podpis lekarza)

VII. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:
Wyrażam / nie wyrażam * zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora Pogodna Jesień w Opolu, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

.....
(podpis osoby zainteresowanej
Pobytem w Domu Seniora Pogodna Jesień)

Dane osoby do kontaktu.
Imię i Nazwisko: .....
Telefon: .....
Adres e-mail:.....
Przychodnia POZ (adres,
telefon): .....

.....
.

Imię i nazwisko lekarza

POZ: .....

Orientacyjny termin

pobytu: .....

Czas pobytu: określony / nieokreślony *

Pobyt całodobowy / mieszkanie wspomagane *

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu można złożyć w następujący sposób:

- wysłać na e-mail: pielegniarka@domseniora.opole.pl
- dostarczyć na recepcję Domu Seniora od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00