

Miejscowość:

Data:

.....
Pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA „ ZŁOTY WIEK „

wypełnia lekarz

*proszę zakreślić stan istniejący

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „ Złoty Wiek „:

.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania (pobytu):

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?.....

e/ choroba alkoholowa: tak – nie *

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 – pęcherzowy

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 lub jest konieczna konsultacja, pod opieką psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

7. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania osoby badanej:

- pielęgnacja

- leczenie stałe

- rehabilitacja leczenia

- badania i terapia psychologiczna

- inne

8. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

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

(data, pieczęć i podpis lekarza)