

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Osoby ubiegającej się o przyjęcie do DOMU SENIORA GWAREK, ul. Dębowa, 44-248 Skrzyszów.

I. Nazwisko Imię

Data urodzenia Pesel.....

Adres, kod pocztowy.....

Nazwisko adres, telefon osoby opiekującej się.....

.....

Główne dolegliwości(początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki).....

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost ciepłota

1. skóra i węzły chłonne.....

2. układ oddechowy.....

3. układ krążenia: wydolny/ niewydolny *, ciśnienie krwi tętno/min.....

4. układ trawienia.....

5. układ moczowo- płciowy.....

6. układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi.....

.....

7. układ nerwowy i narządów zmysłów.....

.....

8. rozpoznanie (choroba zasadnicza).....

.....

.....

.....

9. schorzenia współistniejące*

a) choroba zakaźna: tak/ nie, jeśli tak to jaka?

.....

b) gruźlica: tak/ nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak/ nie

c) choroba psychiczna tak/ nie, jeśli tak to jaka?

.....

10. uzależnienia*

a) alkoholizm: tak/ nie

b) narkomania: tak/ nie

c) inne.....

III. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego:

S- samodzielny, O- z ograniczeniami, Z- zależny

	S	O	Z
Poruszanie się			
Toaleta			
Przyjmowanie posiłków			
Wydalenie			
Organizacja czasu wolnego			

(prawidłowa odpowiedź zaznaczyć „X” w tabeli)

IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

V. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.*

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....

Data i podpis osoby kierowanej do zakładu

lub jej przedstawiciela ustawowego.*

.....

*- niepotrzebne skreślić.

(data, pieczęć i podpis lekarza)