



Data

.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do SENIOR RESIDENCE w Katowicach:

.....

Pesel lub data urodzenia

Adres

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

- Wywiad:.....
.....
.....
- Przebieg choroby:
- Rozpoznanie 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 uwzględnieniem 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, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień
- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego
 Zaburzenia psychotyczne
- Zaburzenie 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 w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

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

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 Senior Residence w Katowicach.

*) Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć, podpis lekarza)

.....
(podpis osoby zainteresowanej
umieszczeniem w Senior Residence