

Miejscowość ………………………………… Data …………………………

…………………………………………………….

 Pieczątka placówki

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ**

**O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA „FAMILIA” W SZCZECINKU**

Część A – wypełnia lekarz

\*proszę zakreślić stan istniejący

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „Familia” w Szczecinku

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………

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?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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-płciowy ……………………………………………………………………………………….

f/ układ ruchu oraz ocena 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, ewentualnie potrzeby w tym zakresie ………………………………………………………………………………………………………………….

d/ nie chodzi samodzielnie

5. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualnie dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy ………………………………………………………………………………………………………………..

b/ słuchu ………………………………………………………………………………………………………………..

c/ wzroku ………………………………………………………………………………………………………………..

6. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje lub jest konieczna konsultacja, pod opieka psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

a/ pielęgnacja b/ leczenie stałe c/ rehabilitacja leczenia

d/ badania i terapia psychologiczna

d/ inne ……………………………………………………………………………………………………………………

8. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(data, pieczęć i podpis lekarza)