



Miejscowość

Data

.....
Pieczętka 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?

.....

3. Badanie przedmiotowe: wagakg, wzrostcm

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 opieką 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)