



Miejscowość

Data

.....
Pieczęć 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/ alergię: 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. Dom Seniora „Familia” jest ośrodkiem zapewniającym całodobowe świadczenia opiekuńczo - pielęgnacyjne. Nie zapewnia całodobowej opieki pielęgnarsko – lekarskiej. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do Domu Seniora FAMILIA powinna mieć zapewnioną całodobową opiekę pielęgnarsko – lekarską ?

TAK * NIE *

9. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

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

(data, pieczęć i podpis lekarza)

