

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „Nad Stawem” w Janowie

.....

Pesel lub data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

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.....
.....
 - Układ moczowy.....
.....
 - Układ ruchu:
Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy.....
Przebyte urazy i ich następstwa.....
 - Układ nerwowy
Obecność niedowładów.....
Inne informacje dot. układu nerwowego.....
.....
 - Narządy zmysłu
Wzrok.....
Słuch.....
 - Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń).....
.....
.....
- III. Ocena stanu psychicznego:
- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień.....
.....
.....
 - Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego
Zaburzenia psychotyczne.....
Zaburzenia zachowania.....
Zaburzenia depresyjne.....
- 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.

.....
(pieczęć , podpis lekarza)

VII. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych zgodnie z RODO dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „Nad Stawem” w Janowie, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanym z pobytem w placówce.

.....
podpis osoby zainteresowanej

Dane osoby do kontaktu:

Imię i nazwisko:.....

Telefon.....

Adres e-mail.....

Orientacyjny termin pobytu:

- czas pobytu: określony/ nieokreślony
- pokój: jednoosobowy/ dwuosobowy/ apartament