

Miejscowość i data

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską/

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY Ubiegającej się o przyjęcie
DO DOMU OPIEKI DESIDERATA**

(wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko

.....
Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL Nr dowodu osobistego

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: 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 stopnia samodzielności i samoobsługi

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

4. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu

c/ wzroku

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

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

- pielęgnacja

- leczenie stałe

- rehabilitacja leczenia

- badania i terapia psychologiczna

- inne

7. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

8. Leki przyjmowane systematycznie:

Data i podpis lekarza wydającego zaświadczenie