

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Projektu)

.....
(PESEL)

.....
(adres)

I. **Rozpoznanie** (choroba zasadnicza).....

II. **Wywiad** (aktualny stan zdrowia, główne dolegliwości, istniejące ograniczenia)

.....

.....

.....

III. **Schorzenia współistniejące*:**

- choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**
- narkomania **tak – nie**
- alkoholizm **tak – nie**
- choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka ?.....
- choroba nowotworowa **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- zespół otępienia (Alzheimer).....
- inne, jakie?

IV. **Badanie przedmiotowe:**

- Waga.....
- Wzrost
- Temperatura ciała
- Układ krążenia- wydolny/niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min.....
- Stan skóry

V. **Uczulenia na leki, pokarmy i inne**

.....

VI. **Dieta**

.....

VII. Informacje dodatkowe**VIII. Stopień niesamodzielności***

Występowanie ograniczeń w:	
kontakcie słownym	
samodzielnym ubieraniu się (m.in. zapinanie guzików, zasuwanie zamków, wiązanie sznurowadeł, itp.)	
samodzielnym myciu się	
samodzielnym spożywaniu posiłków	
samodzielnym zażywaniu leków	
samodzielnym korzystaniu z toalety	
zakresie trzymania moczu	
samodzielnym poruszaniu się	
samodzielnym chodzeniu po schodach	
samodzielnym wychodzeniu z domu	
samodzielnym wykonywaniu czynności dnia codziennego, takich jak (np. przygotowanie posiłku, robienie zakupów, sprzątnięcie, załatwianie spraw urzędowych, organizowaniu sobie czasu, itp.):	

IX. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga*:

- dziennej opieki i nie wymaga hospitalizacji **tak – nie**
- gimnastyki ogólnousprawniającej **tak – nie**
- fizjoterapii **tak – nie**, jeśli tak:

Rozpoznanie:.....

.....

Przeciwskazania:.....

.....

.....
(pieczęć poradni POZ).....
(pieczęć , podpis lekarza, data)

* właściwe zaznaczyć