

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do: opieki środowiskowej

.....
(Data i rok urodzenia)

.....
(adres)

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost

1. Skóra / odleżyny.....
2. Węzły chłonne obwodowe:.....
3. Układ oddechowy:.....
4. Układ krążenia-wydolny - niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min.....
5. Układ trawienia:.....
6. Układ moczowo- pęciowy:.....
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....

III. Schorzenia współistniejące*):

- a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- b) gruźlica tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**
- c) narkomania **tak – nie**
- d) alkoholizm **tak – nie**
- e) choroba psychiczna **tak – nie, jeśli tak, to jaka?**.....
- f) choroba nowotworowa
- g) zespół otępienny (Alzheimer) **tak – nie**

IV. Stopień niesamodzielności: (proszę zakreślić właściwe odpowiedzi)

Kontakt słowny utrudniony	<input type="checkbox"/>
Osoba leżąca	<input type="checkbox"/>
Osoba słabo poruszająca się po mieszkaniu	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc przy ubieraniu się	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w myciu się	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w poruszaniu się	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w jedzeniu	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w zażywaniu leków	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w korzystaniu z toalety	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w wychodzeniu z domu	<input type="checkbox"/>
Wymagana pomoc w czynnościach gospodarczych, jeśli tak to w jakich: (np. przygotowanie posiłku, zrobienie zakupów itp.)	<input type="checkbox"/>

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: dziennej opieki środowiskowej, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji*).

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

(pieczęć placówki kierującego)

*niepotrzebne skreślić