

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
(PESEL)

.....
(adres)

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

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

Uczulenia na lek, pokarmy i inne

.....
.....

Szczepienia

.....
.....

Dieta

.....
.....

Informacje dodatkowe

.....
.....

Badanie przedmiotowe: waga.....wzrostciepłota

Skóra / odleżyny.....

Węzły chłonne obwodowe:.....

Układ oddechowy:.....

Układ krążenia- wydolny-niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min.....

Układ

trawienia:.....

Projekt „**Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów**” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - **trwałość**

Układ moczowo- płciowy:.....

Układ ruchu ocena stopnia samodzielności i samoobsługi:

Projekt „Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - **trwałość**

Układ nerwowy i narządy zmysłów.....
Rozpoznanie (choroba
zasadnicza).....

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

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

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

.....
(pieczęć poradni POZ)

.....
*właściwe podkreślić

Projekt „**Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów**” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - **trwałość**