

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Wystawione dla osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki „Willa Seniora” ,
Ul. Jama 1002, 43-374 Buczkowice

Nazwisko.....Imię.....

Data urodzenia.....

Adres
.....

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

II. Badania przedmiotowe: wagawzrost.....ciepłota.....

1.skóra i węzły chłonne.....

2. układ oddechowy

3. układ krążenia: wydolny – niewydolny*, ciśnienie krwi.....tętno/min.....

4. układ trawienia.....

5. układ moczowo – pęciowy.....

6. układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi.....

7. układ nerwowy i narządów zmysłów.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....
.....
.....

9. 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. choroba psychiczna tak / nie, jeśli tak to jaka?
.....
.....

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

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.*

Wyrażam / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu

.....
Data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego.*

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

* niepotrzebne skreślić.