



Załącznik nr 1 do P-PŚCO-7

Data

.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do SENIOR RESIDENCE w Katowicach:

.....

Pesel lub data urodzenia

Adres

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

- Wywiad:.....
.....
.....
.....
.....
- Przebieg choroby:
.....
.....
.....
.....
- Rozpoznanie z kodem ICD 10
- Stosowane leki
- Przebyte zabiegi operacyjne

II. Ocena stanu klinicznego :

- Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

 RR tętno
 Stan krążenia obwodowego
- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

- Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy , PEG itp.

- Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

- Układ ruchu:
 Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy
 Przebyte urazy i ich następstwa
 Ewentualne stosowane ortozy
- Układ nerwowy:
 Obecność niedowładów
 Inne informacje dot. układu nerwowego
- Narządy zmysłu:
 Wzrok
 Słuch
- Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego
 Zaburzenia psychotyczne
 Zaburzenie zachowania

Zaburzenia depresyjne

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

IV. Choroby zakaźne:

- Gruźlica.....
- HIV
- Inne (WZW B, WZW C)

V. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

VI. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.

.....
(pieczęć, podpis lekarza)

VII. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam / nie wyrażam * zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Senior Residence w Katowicach, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

VII. Prosimy do zaświadczenia dołączyć kserokopię ostatniego wypisu ze szpitala.

.....
(podpis osoby zainteresowanej
umieszczeniem w Senior Residence)

Dane osoby do kontaktu.

Imię i Nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:

Orientacyjny termin pobytu:

Czas pobytu: określony / nieokreślony *

Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy *

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu można złożyć w następujący sposób:

- wysłać na e-mail: biuro@senior-residence.pl
- dostarczyć na recepcję Senior Residence od poniedziałku do piątku w godzinach urzędowania od 7⁰⁰ do 15⁰⁰
- wrzucić do skrzynki znajdującej się przy recepcji w Senior Residence z napisem „Dokumenty”

*) Niepotrzebne skreślić