

DATA _____

.....

.....

NAZWA I PIECZĄĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

ALBO LEKARZA Z INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĄ LEKARSKĄ

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora Jagatowe Wzgórze:

.....

Pesel

Data urodzenia (dzień/ miesiąc/ rok)

Adres

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

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

Rozpoznanie z kodem ICD 10

Stosowane leki

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE

Przebyte zabiegi operacyjne w okresie ostatnich 12 miesięcy:

.....

.....

.....

.....

Czy osoba przeszła zarażenie COVID-19: TAK/NIE*

Jeżeli TAK, to w jakim czasie:

II. Ocena stanu klinicznego :

Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

.....

.....

RR tętno

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

.....
.....

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy 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:

.....
.....

Narządy zmysłu:

Wzrok

Słuch

III. Ocena stanu psychicznego:

Czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia? TAK/ NIE*

Uzależnienia: TAK/ NIE* Jeżeli tak, to od czego

Czy pacjent wymaga stosowania leków uspokajających TAK/ NIE* Jeżeli tak, to

jakich:

IV. Choroby zakaźne:

Gruźlica, HIV, WZW B, WZW C, Inne

V. INNE:

1. ODLEŻYNY: TAK/ NIE* UMIEJSCOWIENIE
2. CEWNIK MOCZOWY TAK/ NIE* OD KIEDY
3. GASTROSTOMIA/ SONDA TAK/ NIE* OD KIEDY

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

4. STOMIA TAK/ NIE*
5. WKŁUCIE CENTRALNE TAK/ NIE * OD KIEDY
6. MOBILNOŚĆ PACJENTA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ KWADRAT):
 - ☐ MOBILNY
 - ☐ ŁASKA/ KULE
 - ☐ WÓZEK INWALIDZKI
 - ☐ NIEMOBILNY (LEŻĄCY)
 - ☐ INNE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE
7. ŻYWIENIE:
 - ☐ DIETY:
 - ☐ ALERGIE POKARMOWE:

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

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

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu przyjęcia do Domu Seniora Jagatowe Wzgórze zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanym z pobytem w placówce.

.....

(podpis osoby zainteresowanej umieszczeniem w Domu/ OPIEKUNA PRAWNEGO)