



Miejscowość:

Data:

.....
Pieczętka placówki

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRZYJĘCIE DO ANDERS – DOM SENIORA**

CZĘŚĆ A – wypełnia lekarz
*proszę zakreślić stan istniejący

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Anders – Dom Seniora:

.....

Data urodzenia:

Adres zamieszkania (pobytu):

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyki:

.....
.....

a/ choroba zakaźna: tak – nie *, jeśli tak to jaka?

.....

b/ nosicielstwo chorób: tak – nie *, jeśli tak to jakie?

.....



c/gruźlica: tak – nie *

d/ alergię: tak – nie *, jeśli tak to
jakie?.....

3. badanie przedmiotowe: waga:.....kg, wzrost:.....cm

ciśnienie krwi:..... tętno/min.....

a/ skóra i węzły chłonne

b/ układ oddechowy

c/ układ krążenia

d/ układ trawienia

e/ układ moczowo – płciowy

f/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....
.....

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

.....
.....

4. Ocena sprawności ruchowej* :

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego, ewentualne potrzeby w tym
zakresie.....

d/ nie chodzi samodzielnie

5. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu

c/ wzroku



6. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje lub jest konieczna konsultacja, pod opieką psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

7. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Osoby badanej:

- pielęgnacja
- leczenie stałe
- rehabilitacja leczenia
- badania i terapia psychologiczna
- inne

.....

8. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

.....
.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik do umowy.

*aktualizacja dokumentu 10.11.2020r.