

Załącznik nr 5

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

.....

Rok urodzenia.....

Adres

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

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

- II. Badanie przedmiotowe:

waga..... wzrost..... 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 stopnia samodzielności i samoobsługi
.....
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów
.....
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. Klasyfikacji ICD – 10.....
9. Schorzenia współistniejące:
 - a) choroba zakaźna: tak/nie (jeśli tak, jaka?))
 - b) gruźlica: tak/nie (jeśli tak, czy w stadium zakaźnym?.....)
 - c) narkomania tak/nie
 - d) choroba psychiczna tak/nie (jeśli tak, jaka?))

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

.....
(pieczęć i podpis, data)