



.....

Pieczętka placówki

.....

Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU SENIORA
w Centrum Medycznym Skałka Sp. z o.o. w Bukownie, ul. Kolejowa 28
w ramach projektu „Życie zaczyna się po 60-tce”
współfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Małopolskiego na lata 2014 -2020**

*proszę zakreślić stan istniejący

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu 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:

a/ waga: kg

b/ wzrost: cm

c/ ciśnienie krwi: / mm Hg

d/ tętno: / min

e/ skóra (odleżyny – występowanie, stopień)

.....

f/ układ oddechowy

.....

g/ układ krążenia

.....

h/ układ trawienia

.....

i/ układ moczowo-płciowy

.....

j/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

k/ 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 pobyt w Domu Seniora pozostawała lub pozostaje pod opieką

psychiatry? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)