

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość, data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do placówki zapewniającej całodobową opiekę Pensjonat „Seniorek”
42-350 Koclin ul. Wrzosowa 19**

Nazwisko.....Imię.....
Data urodzenia.....PESEL.....
Adres zamieszkania.....
.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE

wzrost.....waga.....układ oddechowy.....

układ krążenia.....

układ trawienia.....

układ moczowo-płciowy.....

układ nerwowy.....

układ ruchu.....

stopień samodzielności (samodzielny czy zależny)

poruszanie się

przyjmowanie posiłków

toaleta

1. Główne dolegliwości (choroba zasadnicza, przebieg choroby, stosowane dotychczasowe leczenie)

.....

.....

.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów wraz z chorobami współistniejącymi

(choroba zakaźna, gruźlica, choroba psychiczna)

.....

.....

3. Zastosowane leczenie oraz ewentualna rehabilitacja (ewentualne pobyty w szpitalu w ostatnich 5 latach, sanatorium)

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

4. Uzależnienia pacjenta(alkoholizm, nikotyna, narkomania, inne)

.....

5. Stosowane leki, dawki oraz pora ich przyjmowania.....

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

Stwierdza się, iż osoba zbadana nie wymaga hospitalizacji i może przebywać w placówce Pensjonat „Seniorek”

.....

Pieczątka i podpis lekarza