



## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Osoby ubiegającej się o przyjęcie do Prywatnego Domu Opieki „ZAKĄTEK SENIORA W CENTRUM CZĘSTOCHOWY”, ul. Ogrodowa 43-47, 42-200 Częstochowa

**I. Nazwisko** ..... **Imię** .....

**Data urodzenia** ..... **PESEL** .....

**Adres, kod pocztowy** .....

**Nazwisko, adres, telefon osoby opiekującej się** .....

**Główne dolegliwości (początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):**

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

**II. Badanie przedmiotowe : waga** .....

**wzrost** ....., **temperatura ciała** .....

**1. skóra i węzły chłonne** .....

**2. układ oddechowy** .....

**3. układ krążenia: wydolny / niewydolny\*, ciśnienie krwi** ....., **tętno**...../min.

**4. układ pokarmowy** .....

**5. układ moczowo – płciowy** .....

**6. układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi** .....

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

**7. układ nerwowy i narządów zmysłów** .....

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

**8. rozpoznanie (choroba zasadnicza)** .....

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



**9. schorzenia współistniejące\*:**

a) choroba zakaźna: tak / nie, jeśli tak to jaka? .....

.....

b) gruźlica: tak / nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak / nie .....

.....

c) choroba psychiczna tak / nie, jeśli tak to jaka? .....

.....

**10. uzależnienia\***

a) alkoholizm: tak / nie

b) narkomania: tak / nie

c) inne .....

.....

III. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego:

**S = samodzielny, O = z ograniczeniami, Z – zależny**

	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>Z</b>
<b>Poruszanie się</b>			
<b>Toaleta</b>			
<b>Przyjmowanie posiłków</b>			
<b>Czynności fizjologiczne (oddawanie moczu itd.)</b>			
<b>Organizacja czasu wolnego</b>			

(prawidłową odpowiedź zaznaczyć „X” w tabeli)

IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

V. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka albo jej przedstawiciela ustawowego\*:

**Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do ośrodka.**

.....  
*Data i podpis osoby kierowanej do ośrodka lub jej przedstawiciela ustawowego\**

\* - niepotrzebne skreślić.

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)