Załącznik NR 4 do umowy o świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych

…………………………………………………………………………….

Pieczęć ZOZ lub lekarza wykonującego indywidualna praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki „Wiejskie Klimaty” w Rzędzinach .................................................................................................

Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................

Adres ……………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL ……………………………………

1. Wywiad /główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki\

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

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

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

1. Badanie przedmiotowe: waga ................wzrost...............ciepłota ...........................
2. Skóra i węzły chłonne obwodowe ......................................................................
3. Układ oddechowy …………………………………………………………………………………………………..
4. Układ krążenia: wydolny / niewydolny \*\ ,ciśnienie krwi ………………………………..

Tętno\ min ............................................

1. Układ trawienia ………………………………………………………………………………
2. Układ moczowo-płciowy …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi ……………..……………

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

1. Układ nerwowy i narządy zmysłów: ...................................................................

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

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza): .....................................................................

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

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

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

1. 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.) narkomania **tak / nie** \*

 d.) choroba psychiczna **tak / nie** \*, jeśli tak, to jaka? ...............................................

………………………………………………………………………………………………………………………

 e.) inne …………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* + 1. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga/ nie wymaga całodobowej opieki, wymaga / nie wymaga całodobowej pielęgnacji, wymaga / nie wymaga rehabilitacji (podać w jakim zakresie)………………………………………………………………………………….……….…i w chwili badania wymaga / nie wymaga hospitalizacji.\*\
1. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela Ustawowego \*\ :

**Wyrażam /nie wyrażam \*\ zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.**

**Nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego** …………………………..

………………………………… ………………………………

/pieczęć,podpis lekarza, data

…………………………………………………..

/data i podpis osoby kierowanej do zakładu

 lub jej przedstawiciela ustawowego \*\

\*niepotrzebne skreślić