



Załącznik nr 11 do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Grupa Nowy Szpital

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. Badania przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny/ niewydolny, ciśnienie krwi tętno/min.

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy.....

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, to jaka?))

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

c) narkomania: tak/nie

d) choroba psychiczna: tak/nie (jeśli tak, to jaka?))

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

.....

(pieczęć i podpis lekarza, data)