

Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.

ul. Wolności 125b, 42-674 Zbrosławice

tel. 32/666-44-77, 32/666-44-78; e-mail: biuro@seniorplus.com.pl



.....
data i miejscowość

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej bądź lekarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Ośrodka SeniorPlus w Zbrosławicach:

- imię i nazwisko
- data urodzenia/pesel
- adres zamieszkania

2. Choroba zasadnicza i współistniejące

- wywiad

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

- przebieg choroby

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

- rozpoznania z kodem ICD 10

- stosowane leki; dawkowanie

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

- przebyte zabiegi operacyjne

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

Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.
ul. Wolności 125b, 42-674 Zbrosławice
tel. 32/666-44-77, 32/666-44-78; e-mail: biuro@seniorplus.com.pl



3. Ocena stanu psychicznego

- funkcje poznawcze, otępienia wraz z podaniem stopnia

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

- inne zaburzenia m.in.

- zaburzenia psychotyczne
- zaburzenia zachowania
- zaburzenia depresyjne
- uzależnienia (lekarstwa, alkohol, używki)

.....

4. Ocena stanu klinicznego:

- układ krążeniowy (wydolność, zaburzenia wydolności)

.....

- RR
- tętno
- stan krążenia obwodowego

.....

- układ oddechowy (wydolność, zaburzenia wydolności)

.....

- układ trawienny (dieta, sonda itp.)

.....

- układ moczowy (artykuły higieniczne, cewnik)

.....

- układ ruchu

- zmiany zwyrodnieniowe

.....

- urazy i następstwa urazów

.....

- ortezy

.....

- układ nerwowy

- obecność niedowładów

.....

Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.

ul. Wolności 125b, 42-674 Zbrosławice

tel. 32/666-44-77, 32/666-44-78; e-mail: biuro@seniorplus.com.pl



- dodatkowe informacje o stanie układu nerwowego

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

• narządy zmysłu

- wzrok.....

- słuch

• stan skóry (odleżyny, owrzodzenia, odparzenia – stopień, umiejscowienie, zalecane postępowanie)

.....

5. Choroby zakaźne (gruźlica, HIV, inne)

.....

6. Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki oraz to, że w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. (TAK/NIE) *

7. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w zajęciach rehabilitacyjnych. (TAK/NIE) *

.....
pieczęć i podpis lekarza

8. Oświadczenie osoby zainteresowanej bądź przedstawiciela ustawowego:
Wyrażam/nie wyrażam * zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Ośrodka SeniorPlus w Zbrosławicach, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

9. Do zaświadczenia prosimy o dołączenie kopii wypisów ze szpitala.

Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.

ul. Wolności 125b, 42-674 Zbrosławice

tel. 32/666-44-77, 32/666-44-78; e-mail: biuro@seniorplus.com.pl



DANE OSOBY DO KONTAKTU:

- imię i nazwisko
- numer telefonu
- adres mailowy
- przybliżony termin przyjęcia
- na jaki czas: określony/nieokreślony
- pokój: jednoosobowy/dwuosobowy/dwuosobowy apartamentowy/trzyosobowy *

.....
podpis osoby zainteresowanej umieszczeniem w ośrodku

Zaświadczenie wraz z kopią wypisów ze szpitala należy złożyć:

- w Apartamentach SeniorPlus od poniedziałku do piątku w godz. 8.30 – 15.30
- droga mailową: biuro@seniorplus.com.pl
- niepotrzebne skreślić

Informujemy, iż administratorem Państwa danych osobowych są Apartamenty Senior Plus Sp. z o.o. 42-674 Zbrosławice, ul. Wolności 125b. Państwa dane uzyskane poprzez wypełnienie zaświadczenia zbierane są dla oznaczonych celów: określenie stanu zdrowia pacjenta, przygotowanie umowy o świadczeniu usług opiekuńczych. Pozyskane dane będą przechowywane przez okres trwania umowy oraz po zakończeniu trwania takiej umowy w celu pełnego rozliczenia się stron z warunków umowy, w tym do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z takiej umowy (3 lata od rozwiązania umowy). W przypadku braku umowy o świadczeniu usług, dane zostaną usunięte z naszej bazy po okresie 6 tygodni od chwili ich pozyskania.

Załącznik nr.7

Skala:

I. 86-100 pkt. – stan pacjenta “lekki”

II. 21- 85 pkt. – stan pacjenta “średnio ciężki”

III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta “bardzo ciężki”

* w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** / wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Lp.	Czynność */	**/ Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie /samodzielnie jeść/ 5-potrzebuje pomoc w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielna, niezależna	
2.	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/: 0-nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/ 10-mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/ 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, Czesaniu się, myciu zębów/ z zapewnionymi pomocami/	
4.	Korzystanie z toalety /WC/ 0-zależny 5-potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny /lub pod prysznicem/	
6.	Poruszanie się /po powierzchni płaskich/: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku. Wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą /słowną lub fizyczną / jednej osoby > 50 m 15-niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej, przenoszenie/ 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy 10-niezależny / zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp./	
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/ 5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10-panuje /utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10-panuje /utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji ***/	

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki