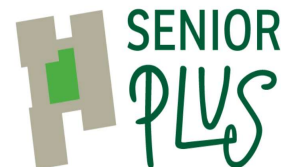


Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.

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

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)
.....

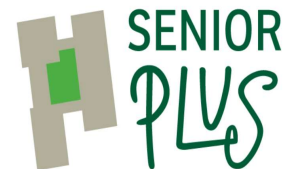
4. Ocena stanu klinicznego:

- 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
.....
 - dodatkowe informacje o stanie układu nerwowego
.....

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



- narządy zmysłu
 - wzrok
 - słuch
- stan skóry (odleżyny, owrzodzenia, odparzenia – stopień, umiejscowienie, zalecone 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

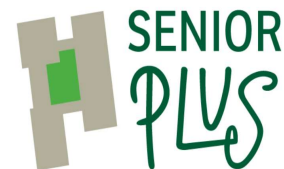
8. Oświadczenie osoby zainteresowanej bądź przedstawiciela ustawowego:
Wyrażam/nie wyrażam * zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Ośrodka SeniorPlus w Zbrosławicach, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce

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
- drogą mailową: biuro@seniorplus.com.pl

* niepotrzebne skreślić