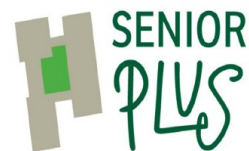


Ośrodek dla osób starszych Apartamenty SeniorPlus Sp. z o.o.

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 psychiatryczne
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 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. **U wyżej wymienionej osoby nie stwierdzono chorób nowotworowych**

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

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

9. Oświadczenie osoby zainteresowanej bądź przedstawiciela ustawowego:

Kopiowanie, rozpowszechnianie, przedruk i publikacja w jakiegokolwiek formie (również elektronicznej) do celów komercyjnych i prywatnych, bez zgody autora serwisu zabronione.

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.

10. 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 – 15.00
- 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

