



Dom Aktywnego Seniora Tulipan
43-450 Ustroń ul. Szpitalna 21
tel. 33 854 37 80
nzo@sanatorium-ustron.pl
www.domseniora.org

Miejscowość

Data.....

.....
(pieczęć placówki)

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRZYJ CIE DO DOMU AKTYWNEGO SENIORA „TULIPAN”**

CZĘŚĆ A – wypełnia lekarz

*proszę zakreślić stan istniejący

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Aktywnego Seniora TULIPAN :

.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania
(pobytu).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyki

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

a/ choroba zakaźna: tak – nie *

je li tak to jaka?

.....

b/ nosicielstwo chorób: tak – nie *

jeżeli tak to jakie?

.....

c/ gruźlica: tak – nie *

d/ alergię: tak – nie *

jeżeli tak to jakie?

.....

3. badanie przedmiotowe:

waga:.....kg,

wzrost:.....cm

ciśnienie krwi:.....

tętno/min.....

a/ skóra i więzły chłonne.....

b/ układ oddechowy.....

c/ układ krążenia.....

d/ układ trawienia

e/ układ moczowo – płciowy

f/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

.....
.....

4. Ocena sprawności ruchowej* :

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

d/ nie chodzi samodzielnie

5. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu

c/ wzroku

6. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje lub jest konieczna konsultacja, pod opieką psychiatry, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....
.....

7. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania osoby badanej

- pielęgnacja

- leczenie stałe

- rehabilitacja leczenia

- badania i terapia psychologiczna

- inne



8. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

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

.....

(data, pieczęć i podpis lekarza)