



Data.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki Villa Bona w Tychach:

.....

PESEL lub data urodzenia:

Adres:.....

1. Choroba podstawowa oraz choroby współistniejące (rozpoznanie z kodem ICD 10):

.....

.....

2. Zalecenia (stosowane leki):

LEK:

DAWKOWANIE:

REFUNDACJA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Przebyte zabiegi operacyjne

.....

.....

4. Ocena stanu klinicznego:

Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

RR.....tętno.....

Stan krążenia obwodowego.....

Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w przypadku występującej niewydolności

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

Układ ruchu: zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy, amputacje, endoprotezy

Przebyte urazy i ich następstwa.....

Układ nerwowy:

Obecność niedowładów.....

Narządy zmysłu:

Wzrok.....

Słuch.....

Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, oparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

5. Ocena stanu psychicznego:

Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

Zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia zachowania

Zaburzenia depresyjne

6. Choroby zakaźne:

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

Pieczęć, podpis lekarza