



ROZALINOWO-PIASTOWO 13A,  
88-410 GĄSAWA,  
powiat Żnin, województwo kujawsko-pomorskie  
tel. 533 850 554  
e-mail: repcja@naturamedpiastowo.pl

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*\***

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do NaturaMed w Piastowie:

.....

Data urodzenia: .....

Pesel: .....

Adres: .....

#### **1. Choroba zasadnicza z kodem ICD-10 oraz choroby współistniejące:**

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

Waga: ..... Wzrost: .....

##### **a. Wywiad – główne dolegliwości i przebieg choroby:**

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

##### **b. Przebyte zabiegi operacyjne:**

.....  
.....

## 2. Ocena stanu klinicznego:

a. Układ krążenia – wydolność – wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności:

.....

.

RR:.....

Tętno:.....

Stan ..... krążenia  
obwodowego:.....

b. Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności:

.....

.....

.....

.....

c. Układ pokarmowy (zaznaczyć właściwe):

☐ Przyjmuje pokarm samodzielnie;

☐ Jest karmiona/y przez drugą osobę;

☐ Wymaga stosowania specjalnej diety – jakiej?.....

☐ Inne np. sonda, PEG  
itp.....

d. Układ moczowo-płciowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp. (zaznaczyć właściwe):

☐ Nietrzymanie moczu;

☐ Nietrzymanie stolca

☐ Cewnik do pęcherza moczowego

☐ Inne .....  
jakie?.....

e. Układ ruchu (zaznaczyć właściwe):

☐ Osoba chodząca;

☐ Osoba leżąco-chodząca;

☐ Osoba leżąca

W przypadku osoby chodzącej (zaznaczyć właściwe):

☐ Porusza się samodzielnie;

☐ Porusza się przy pomocy osób trzecich;

☐ Porusza się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych

Przebyte urazy i ich następstwa:

.....  
.....

Ewentualnie ..... stosowane  
ortezy:.....

Ewentualna konieczność stosowania sprzętu pomocniczego/rehabilitacyjnego – rodzaj:

.....  
.....

f. Układ nerwowy – przebyte choroby i powikłania:

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

g. Narządy zmysłu – stan i ewentualnie środki pomocnicze:

.....  
.....

Wzrok:.....

Słuch:.....

h. Stan skóry – odleżyny, owrzodzenia, odparzenia, rany w tym przewlekłe – i ich  
stopień. Umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie:

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

i. Ocena zdolności porozumiewania się – ewentualnie dysfunkcję w zakresie mowy:

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

Inne  
informacje:.....

3. Ocena stanu psychicznego:

- a. Poziom funkcjonowania poznawczego – obecność otępień i ich stopień:.....

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

- b. Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:

.....  
.....

Zaburzenia psychotyczne:

.....  
.....

Zaburzenia zachowania:

.....  
.....

Zaburzenia depresyjne:

.....  
.....

Uzależnienie – leki, alkohol, nikotyna, narkotyki:

.....  
.....

**W przypadku choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o miejsce w Leśnym Domu Seniora, prosimy dołączyć do niniejszego zaświadczenia lekarskiego, zaświadczenie lekarza psychiatry.**

4. Choroby zakaźne:

- a. Gruźlica:.....

- b. HIV:.....

- c. Inne – WZW B, WZW C:.....

5. Stosowane leki – stale bądź okresowo wraz z dawkowaniem:

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

6. Stwierdzam, że w/w osoba **wymaga/nie wymaga\*** całodobowej opieki w chwili badania.

7. Stwierdzam, że w/w osoba **wymaga/nie wymaga\*** hospitalizacji.

8. **Stwierdza się/ nie stwierdza się\*** przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnoustrojowej.

9. Stwierdzam, że ze względu na występujące u w/w zaburzenia psychiczne **występuje/ nie występuje\*** zagrożenie samodzielnego oddalenia się od domu opieki.

**W przypadku występowania takiego zagrożenia należy wypełnić dodatkowe zaświadczenie lekarskie na druku ZO-P-01 stanowiące integralną część niniejszego zaświadczenia na str. 5**

10. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, wydane orzeczenia i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia – w tym wypisów ze szpitala w załączeniu.

**ZALECENIA LEKARSKIE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

**\*\* zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia**

Miejscowość, data.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się iż,

Pan/i ..... PESEL.....

u w/w przyszedłego/ego mieszkańca/ki NaturaMed w Piastowie, stwierdzam zaburzenia psychiczne.

Brak opieki może zagrażać życiu lub poważnie zagrażać zdrowiu w/w osoby.

Wskazane jest ograniczenie wyjść poza teren Leśnego Domu Seniora na okres

Od dnia ..... do dnia ..... 20..... tj. .... dni.  
(maksymalny okres 6 miesięcy)

**Zaświadczenie wydaje się na podstawie art. 68. ust 2a i 2b Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.**

.....

**Uwaga! Wypełnia osoba zainteresowana**

.....  
.....