



Załącznik nr 8

Miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE
DO DOMU AKTYWNEGO SENIORA „NIEZŁE ZIÓŁKO”**

(wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Nr PESEL **Nr dowodu osobistego**

Adres zamieszkania:

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyki

.....

a/ choroba zakaźna: tak – nie *, jeśli tak to jaka?

b/ nosicielstwo chorób: tak – nie *, jeśli tak to jakie?

c/ gruźlica: tak – nie *

d/ alergie: tak – nie *, jeśli tak to jakie?

3. Badanie przedmiotowe: waga: kg, wzrost: cm, ciśnienie krwi

tętno/min

a/ skóra i węzły 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 zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy:

b/ słuchu:

c/ wzroku:

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

.....
.....

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

- Pielęgnacja:
- leczenie stałe:
- rehabilitacja leczenia:
- badania i terapia psychologiczna:
- Inne:

7. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

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



Dom Aktywnego Seniora
NIEZŁE ZIÓŁKO

8. Leki przyjmowane systematycznie:

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

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Aktywnego Seniora „Niezłe Ziółko” są: *choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Aktywnego Seniora „Niezłe Ziółko” lub osób z jej otoczenia.*

Na podstawie badań lekarskich z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana może przebywać w Placówce Całodobowej Opieki.

.....

data i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

Dom Aktywnego Seniora „Niezłe Ziółko”

ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów
tel. +48 71 725 63 89

kontakt@domdlaseniora.pl
www.domdlaseniora.pl

Siedziba spółki

Max Hemp Sp. z o.o.
ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów

NIP: 914 156 66 59
REGON: 366646359
KRS: 000065469

Kapitał: 100 000 (wplacony 100 000zł)
PKO Bank Polski PLN: 50 1020 5242 0000 2202 0387 3064
Kod BIC (Swift): BPKOPLW