

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KANDYDATA DO DOMU OPIEKI KChB

A. Wywiad Lekarski Dotyczący Kandydata do Domu Opieki (imię i nazwisko, data urodzenia)

.....

W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i stopień jej pokrewieństwa z kandydatem.

.....

WYWIAD LEKARSKI/ROZPOZNANIE dotyczy dotychczasowego przebiegu chorób, ogólnego stanu zdrowia, stanu sprawności fizycznej i psychicznej, schorzeń występujących okresowo

.....

.....

.....

.....

.....

Czy używa?

- przedmiotów ortopedycznych (np. obuwi ortopedyczne, protezy kończyn, chodzik, kule, wózek inwalidzki, materac p/odleżynowy, itp.) **TAK – NIE** Jeśli tak, to jakich?

.....

- środków pomocniczych (okulary, aparat słuchowy, pieluchomajtki, worki stomijne, itp.) **TAK – NIE** Jeśli tak, to jakich?

.....

B. Wyniki badania lekarskiego

1. Wyniki badań dodatkowych (rtg klatki piersiowej, OB, morfologia, ogólne badanie moczu, cukier, cholesterol całkowity) stanowią załącznik do niniejszego badania.

2. **Stan obecny** – opis.....

.....

.....

Czy stwierdza się:

a) chorobę zakaźną **TAK – NIE** Jeśli tak, to jaką?.....

b) gruźlicę **TAK – NIE** Jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym?.....

c) chorobę psychiczną **TAK – NIE** Jeśli tak, to jaką?.....

d) utratę wzroku **TAK – NIE**?.....

e) niepełnosprawność intelektualna w stopniu

f) padaczkę **TAK – NIE**?.....

g) alkoholizm **TAK – NIE**?.....okres.....

przebyte leczenie.....

h) inne schorzenia. Jakież?

- i) wymaga stałego karmienia zgłębnikiem **TAK – NIE?**.....
- j) natęgi **TAK – NIE** Jeśli tak, to podać jakie?.....
- k) alergię/uczulenia pokarmowe **TAK – NIE** Jeśli tak, to podać jakie?.....
-
- l) alergię/uczulenia lekowe **TAK – NIE** Jeśli tak, to podać jakie?.....
-
- m) dieta **TAK – NIE** Jeśli tak, to podać jaka?.....

Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do Domu Opieki stanowi zagrożenie:

- a) dla siebie **TAK – NIE** Jeśli tak, podać objawy?.....
-

- b) dla otoczenia **TAK – NIE** Jeśli tak, podać objawy?.....
-

3. ZLECENIA LEKARSKIE (wykaz przyjmowanych leków, zabiegi, opieka specjalistów).....

.....

.....

.....

.....

C. Wynik badania lekarskiego psychiatry lub neurologa (dotyczy osób chorych umysłowo i z zaburzeniami psychicznymi).

.....

.....

.....

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Opieki są: choroba zakaźna i/lub choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Opieki lub osób z jej otoczenia.

D. Na podstawie badań lekarskich z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana:

- a) powinna być skierowana do Domu Opieki
- b) nie została zakwalifikowana do Domu Opieki z powodu przeciwwskazań zdrowotnych (niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza