ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Przeciwskazaniem do umieszczenia w Domu Opieki są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie
w oddziale lub osób z jej otoczenia.

1. Imię i nazwisko chorego

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy do opiekuna

Imię i nazwisko opiekuna

Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania

1. Aktualne rozpoznanie lekarskie

Kod ICD-10 ……. …… ……. ………

1. Dotychczasowe leczenie farmakologiczne

Stosowane środki przeciwbólowe(jakie, dawki)?

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?)

Czy istnieje konieczność karmienia z głębnikiem? TAK …….. NIE…….

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? (*podkreślić właściwe*)

Przyjmowane leki

1. Choroby współistniejące z kodem ICD-10

1. Nosicielstwo patogenu alarmowego

1. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:
2. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia

1. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza POZ

1. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

1. Nieodłącznym warunkiem skierowania do oddziału jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

Miejscowość i data Pieczęć i podpis lekarza POZ

Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia