

.....
Pieczęć Zakładu wydającego skierowanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo –Leczniczego:

.....

Data urodzenia:.....

Adres:

.....

.....

ROZPOZNANIE ZASADNICZE +CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I. AKTUALNIE POBIERANE LEKI (nazwa, dawkowanie):

Nazwa leku	dawkowanie	Droga podania

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

WAGA	WZROST	TEMP.
------------	--------------	------------

1. Układ oddechowy:

- wydolny – niewydolny,
- kaszel tak – nie (jaki?)

.....

- duszność tak – nie spoczynkowa - wysiłkowa,
- plwocina śluzowa – pienista – ropna – krwista,
- rurka tracheotomijna tak – nie (rozmiar, data założenia)

.....

2. Układ krążenia:

wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA),	RR
TĘTNO/MIN.	SINICA tak / nie obwodowa/ centralna
obrzęki (umiejscowienie).....	
zaburzenia rytmu serca tak -nie (jeśli tak, to jakie?).....	
stymulator serca tak – nie (typ, rok założenia, przyczyna).....	
omdlenia tak – nie (jeśli tak, podać przyczynę).....	

3. Układ pokarmowy:

- ewentualne schorzenia
.....

- stomie
.....

- nietolerancje pokarmowe
.....

- biegunki, zaparcia tak – nie,
- rodzaj diety
.....

4. Układ moczowo – pęciowy

- wielomocz/skąpomocz/bezmocz/norma,
- przerost gruczołu krokowego tak – nie,
- nietrzymanie moczu tak –nie,
- zakażenie dróg moczowych tak – nie,
- upławy tak –nie (jeśli tak – podać przyczynę i rodzaj wydzieliny).....

5. Układ ruchu:

- ruchomość w stawach pełna – ograniczona,
- osteoporoza tak –nie,
- złamania kości tak –nie:

- podać umiejscowienie i datę urazu

.....

- dotychczasowe postępowanie

.....

- sposób dalszego postępowania

.....

- uruchomienie gipsem tak – nie, jeśli tak – podać zakres

.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

świadomość pełna/ ograniczona/ chory nieprzytomny,	kontakt słowny pełny/ afazja,
kontakt logiczny pełny/ brak kontaktu logicznego	sen – prawidłowy/ odwrócenie pór doby
wzrok- prawidłowy/ niedowidzenie/ ślepotą/ jaskra	słuch-prawidłowy/niedosłyszenie/ głuchota/ aparat słuchowy
niedowład/ porażenia(umiejscowienie).....	
.....	

7. Obwodowe węzły chłonne:

.....

8. Skóra

- czysta/ brudna, sucha/wilgotna, sinica tak – nie, blada/zażółcona

zabarwienie prawidłowe,

- otarcia naskórka – umiejscowienie:

.....

- oparzenia – umiejscowienie

.....

- owrzodzenia żylakowe – umiejscowienie, stan owrzodzenia, dotychczasowe leczenie

.....

9. Alergia tak- nie (jakie?)

.....

Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.
W chwili wydania zaświadczenia nie wymaga hospitalizacji.

.....
Pieczętka i podpis lekarza, data

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy ul. M. Skłodowskiej – Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy zastrzega sobie prawo przesłania pacjenta w razie pogorszenia jego stanu zdrowia do oddziału występującego o przyjęcie.

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub prawnego opiekuna

Opinia kwalifikacyjna przedstawiciela Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

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