



Data .....

.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do SENIOR RESIDENCE w Katowicach:

.....

Pesel lub data urodzenia .....

Adres .....

I. Choroba zasadnicza i współistniejące:

- Wywiad:.....  
.....  
.....
- Przebieg choroby: .....
- Rozpoznanie z kodem ICD 10 .....
- Stosowane leki .....
- Przebyte zabiegi operacyjne .....

II. Ocena stanu klinicznego :

- Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności .....
- RR ..... tętno .....
- Stan krążenia obwodowego .....

- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności .....
- Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy , PEG itp. ....
- Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp. ....
- Układ ruchu:  
 Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy .....
- Przebyte urazy i ich następstwa .....
- Ewentualne stosowane ortezy .....
- Układ nerwowy:  
 Obecność niedowładów .....
- Inne informacje dot. układu nerwowego .....
- Narządy zmysłu:  
 Wzrok .....
- Słuch .....
- Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie) .....

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień .....
- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego  
 Zaburzenia psychotyczne .....
- Zaburzenie zachowania .....
- Zaburzenia depresyjne .....
- Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków .....

IV. Choroby zakaźne:

- Gruźlica .....
- HIV .....
- Inne (WZW B, WZW C) .....

V. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

VI. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

VII. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam / nie wyrażam \* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Senior Residence w Katowicach, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

VII. Prosimy do zaświadczenia dołączyć kserokopię ostatniego wypisu ze szpitala.

.....  
(podpis osoby zainteresowanej  
umieszczeniem w Senior Residence)

Dane osoby do kontaktu.

Imię i Nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:

Orientacyjny termin pobytu:

Czas pobytu: określony / nieokreślony \*

Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy \*

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu można złożyć w następujący sposób:

- wysłać na e-mail: [biuro@senior-residence.pl](mailto:biuro@senior-residence.pl)

- dostarczyć na recepcję Senior Residence od poniedziałku do piątku w godzinach urzędowania od 7<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

- wrzucić do skrzynki znajdującej się przy recepcji w Senior Residence z napisem „Dokumenty”

.....  
\*) Niepotrzebne skreślić