

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
Data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OSOBY STARAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE W OŚRODKU  
OPIEKUŃCZO-REHABILITACYJNYM: WILLA SENIORA STRUMIANY**

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Nr PESEL .....

4. Krótki opis zdrowia (główne dolegliwości, dotychczasowe leczenie, nałogi:

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

5. Choroba zasadnicza:.....

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

6. Choroby współistniejące:

a. choroba zakaźna:        tak/nie (właściwe podkreślić)

Jeżeli tak, to jaka: .....

b. choroba psychiczna: tak/nie (właściwe podkreślić)

Jeżeli tak, to jaka: .....

.....

c. cukrzyca:.....

7. Skóra (odleżyny/rany/inne).....

- .....
8. Układ oddechowy: .....
  9. Układ krążenia: .....
  10. Ciśnienie krwi .....
  11. Tętno/min .....
  12. Słuch: .....
  13. Wzrok: .....
  14. Układ trawienia: .....
  15. Układ moczowo-płciowy: .....
  16. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności: .....
- .....

Stwierdza się, że w/w osoba w dniu wypełniania zaświadczenia:

1. wymaga/nie wymaga całodobowej opieki
  2. wymaga/nie wymaga całodobowej pielęgnacji
  3. wymaga/nie wymaga rehabilitacji, jakiego typu: .....
- .....

Leki przyjmowane systematycznie i **dawkowanie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza