



diakoneo
bo kochamy życie

**ZAŚWIADCZENIE
LEKARSKIE**

Doprocedury: PR-DO1
Procedura przyjęcia do
Centrum Opieki Serenus
Dom Opieki
ul. Przemyska 17, Gdańsk

Miejscowość i data.....

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Serenus Domu Opieki

.....

Data urodzenia

Adres

1. Choroba zasadnicza – kod ICD-10 oraz choroby współistniejące:

.....

.....

Waga:

- Wywiad (główne dolegliwości, przebieg choroby):

.....

.....

.....

- Stosowane leki (stałe bądź okresowo) wraz z dawkowaniem:

.....

.....

- Przebyte zabiegi operacyjne:

.....

2. Ocena stanu klinicznego:

- Układ krążenia (wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

RR.....

TĘTNO.....

Stan krążenia obwodowego:

- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

.....

.....

- Układ pokarmowy*

✓ Przyjmuje pokarm samodzielnie.

✓ Jest karmiona/y przez drugą osobę.



diakoneo
bo kochamy życie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Doprocedury: PR-DO1
Procedura przyjęcia do
Centrum Opieki Serenus
Dom Opieki
ul. Przemyska 17, Gdańsk

- ✓ Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....
 - ✓ Inne (np. sonda, PEG itp.).....
 - Układ moczowo – pęciowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp. *
 - ✓ Nietrzymanie moczu.
 - ✓ Nietrzymanie stolca.
 - ✓ Cewnik do pęcherza moczowego.
 - ✓ Inne (jakie?)
 - Układ ruchu*
 - ✓ Osoba chodząca.
 - ✓ Osoba leżąco – chodząca.
 - ✓ Osoba leżąca.
- W przypadku osoby chodzącej:
- ✓ Porusza się samodzielnie.
 - ✓ Porusza się przy pomocy osób trzecich.
 - ✓ Porusza się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych.

Przebyte urazy i ich następstwa:

Ewentualne stosowane ortozy:.....

Ewentualna konieczność stosowania sprzętu pomocniczego/rehabilitacyjnego (rodzaj)

.....

- Układ nerwowy (przebyte choroby i związane z nimi powikłania)

.....

.....

- Narządy zmysłu (stan i ew. środki pomocnicze)

Wzrok:

Słuch:

Stan skóry (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzenia, ran, w tym przewlekłych – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie):

.....

Ocena zdolności porozumiewania się (ew. dysfunkcje w zakresie mowy):

.....

Inne informacje:



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Doprocedury: PR-DO1
Procedura przyjęcia do
Centrum Opieki Serenus
Dom Opieki
ul. Przemyska 17, Gdańsk

3. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność ośpnień i ich stopień
- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:

Zaburzenia psychotyczne:

Zaburzenia zachowania:

Zaburzenia depresyjne:

Uzależnienia (leki, alkohol, nikotyna, narkotyki).....

UWAGA: W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o miejsce w Centrum Opieki Serenus Domu Opieki proszę dołączyć do niniejszego zaświadczenia lekarskiego, zaświadczenie lekarza psychiatry.

4. Choroby zakaźne:

Gruźlica

HIV

Inne (WZW B, WZW C).....

5. Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/ nie wymaga* całodobowej opieki w chwili badania.
6. Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/ nie wymaga* hospitalizacji.
7. Stwierdza się brak przeciwwskazań/ są przeciwwskazania* do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnoustrojowej.
8. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, wydane orzeczenia i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w tym wypisów ze szpitala) – w załączeniu.

ZALECENIA LEKARSKIE:

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*) niepotrzebne skreślić.

**) zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia.

 	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	Doprocedury: PR-DO1 Procedura przyjęcia do Centrum Opieki Serenus Dom Opieki ul. Przemyska 17, Gdańsk
---	------------------------------------	---

TAJ CZĘŚĆ WYPEŁNIA OSOBA ZAINTERESOWANA

**OŚWIADCZENIE OSOBY ZAINTERESOWANEJ MIEJSCEM W DOMU OPIEKI SERENUS
LUB JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Serenus Domu Opieki w Gdańsku. Dane będą wykorzystywane jedynie w celu opiekuńczym, leczniczym (zgodnie z zaleceniem lekarza), związanym z pobytem w Centrum Opieki Serenus Domu Opieki. Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie.

Oświadczam ponadto, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawienia, a także o prawie wycofania zgodny na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....

(data i podpis osoby zainteresowanej pobytem w
Domu Opieki Serenus)

Dane osoby do kontaktu:

Imię i nazwisko

Telefon:

Adres e-mail:

Informacje dot. pobytu:

Czas pobytu: określony/nieokreślony *

Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy*

Wypełnione zaświadczenie lekarskie można dostarczyć:

- Osobiście/ listownie: Centrum Opieki Serenus Dom Opieki, ul. Przemyska 17, Gdańsk Ujeścisko,

Recepcja czynna w dniach: od poniedziałku do piątku, w godz. 7.30-16.00.

- wysłać skan na adres: serenus@serenus-gdansk.pl

Kontakt tel. +48 58 691 47 47 (pn- pt 7.30-16.00)

tel. kom. +48 696 384 060

*) niepotrzebne skreślić.