

.....
pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do Hostelu
w ramach „Opieki wytchnieniowej”
(Zaświadczenie ważne jest przez 14 dni od daty wystawienia przez lekarza)*

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
.....

Rozpoznanie choroba podstawowa:.....
.....

Rozpoznanie choroby współistniejącej.....
.....
.....
.....

Stosowane obecnie leczenie.....
.....
.....
.....

Zalecane leki z dawkowaniem i okresem stosowania:

Nazwa leku	Dawkowanie	Okres stosowania
-------------------	-------------------	-------------------------

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny:.....
.....
.....

Jest/nie jest** objęty leczeniem w poradni specjalistycznej.....
.....
.....

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji***:

- 1) osoba jest leżąca
 porusza się samodzielnie
 porusza się o kulach
 porusza się na wózku inwalidzkim
 porusza się z pomocą drugiej osoby
- 2) przyjmuje pokarmy samodzielnie***,
 jest karmiona przez drugą osobę***,
 wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....
.....

3) rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....
.....

4) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
.....
.....

5) rodzaje zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych***
 w domu (wymienić).....
 poza domem (wymienić).....

6) występowanie alergii:
 Nie
 Tak (proszę podać rodzaj alergii).....
.....

Jest osobą przewlekle chorą i jej stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego***:
 Tak
 Nie

Wymaga ze względu na stan zdrowia opieki całodobowej***:

- Tak
- Nie

Czy chory może być niebezpieczny:

dla siebie***:

- Tak
- Nie

dla innych***:

- Tak
- Nie

dlaczego:.....

Czy istnieją przeciwwskazania do przyjęcia do Hostelu w ramach opieki wychnieniowej***:

- Tak
- Nie

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

- * Prosimy o czytelne wypełnienie dokumentu
- ** Niepotrzebne skreślić
- *** Zaznaczyć właściwe