

.....
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 30 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 choroby podstawowa:.....
.....

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

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

Zalecane leki z dawkowaniem i stosowaniem:

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Stosowanie

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Stosowanie

Występowanie odleżyn/ran:

Tak

Nie

Jeżeli „Tak” - aktualnie stosowane leczenie

.....

.....

.....

.....

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***:
 Tak
 Nie

- Stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego***:
 Tak
 Nie

- Użytki/ uzależnienia (papierosy, alkohol, napoje energetyczne, słodyczne, narkotyki) ***:
 Tak
 Nie
Jeżeli „Tak” proszę określić jakie
.....

- Czy chory był leczony psychiatrycznie***:
 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

dlatego:.....

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