……
pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

…….
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do Hostelu w Zespole Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
w ramach Programu „Opieki wytchnieniowej”/„czasowej całodobowej opieki” nad osobą z niepełnosprawnością
(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 choroba podstawowa:……..
……..

Rozpoznanie choroby współistniejące……..
……..
……..

Zalecone leki z dawkowaniem i stosowaniem:

Nazwa leku	Dawka	Stosowanie

Nazwa leku	Dawka	Stosowanie

Występowanie odleżyn/ran:
□ Tak
□ Nie
Jeżeli „Tak” - aktualnie stosowane leczenie …….
…….
…….

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

Leczenie w poradni specjalistycznej…….....
…….

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) Czy osoba jest cewnikowana
□ Tak
□ Nie

4) Występowanie alergii***:
□ Nie
□ Tak (proszę podać rodzaj alergii)……..
…….
…….

5) Używki/ uzależnienia (papierosy, alkohol, napoje energetyczne, słodycze, narkotyki) ***:
□ Tak
□ Nie
Jeżeli „Tak" proszę określić
jakie ……..
……

6) Czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia opieki całodobowej***:
□ Tak
□ Nie

7) Czy chory może być niebezpieczny dla siebie***:
□ Tak
□ Nie
dla innych***:
□ Tak
□ Nie
dlaczego:.....

8) Czy istnieją przeciwwskazania do przyjęcia do Hostelu w ramach opieki całodobowej***:
□ Tak
□ Nie

……
pieczątka i podpis
lekarza wystawiającego
zaświadczenie

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