

pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą

miejsowość 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.....
.....
.....

Zalecane leki z dawkowaniem i stosowaniem:

[illegible]

Nazwa leku	Dawka	Stosowanie

Występowanie odleżyn/ran:

- ☐ Tak
☐ Nie

Jeżeli „Tak” – umiejscowienie odleżyny/rany oraz aktualnie stosowane leczenie.....

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

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

.....
.....

- 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, słodyczne, 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

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego
zaświadczenie

* Prosimy o czytelne wypełnienie dokumentu

** Niepotrzebne skreślić

*** Zaznaczyć właściwe