

Karta zgłoszenia przyjęcia do domu seniora „Pod Sosnami”



.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza
wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „Pod Sosnami”:

.....

Rok urodzenia:

Adres:

1. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

.....
.....

2. Badanie przedmiotowe: waga....., wzrost....., ciepłota.....

a) Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

b) Układ oddechowy.....

c) Układ krążenia: wydolny-niewydolny, ciśnienie krwo....., tętno/min.....

d) Układ trawienia.....

e) Układ moczowo-płciowy.....

f) Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....
.....

g) Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....
.....

h) Rozpoznanie (choroba zasadnicza)

.....
.....

i) Schorzenia współistniejące:

-choroba zakaźna: -tak –nie, jeśli tak to jaka?

-gruźlica: -tak –nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym –tak –nie

-narkomania: -tak –nie

-choroba psychiczna: -tak –nie, jeśli tak to jaka?

.....
.....

3. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

Leki pobierane na stałe:

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

.....

(DATA I PODPIS OSOBY KIEROWANEJ LUB
JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)

.....

(PIECZĘĆ, PODPIS LEKARZA, DATA)