ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w domu pomocy społecznej

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

(Imię, nazwisko, nr PESEL)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Przebieg schorzenia podstawowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja ( konieczność zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych , wizyt lekarskich w domu i poza domem, ich częstotliwość) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Możliwość poruszania się, przyjmowania pokarmów oraz wykonywania innych czynności fizjologicznych, częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w DPS ( w załączeniu):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………. ……………………………………………………………………

(miejscowość i data ) ( podpis i pieczęć lekarza)