

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego  
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

.....  
(miejscowość, data)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

osoby ubiegającej się o przyjęcie do Dolnośląskiego Ośrodka Opieki Międzypokoleniowej „Biały Orzeł” w Sokołowsku

**Nazwisko i imię:** .....

**Data urodzenia:** ..... **PESEL:** .....

**Adres:** .....

**WYWIAD: Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 - choroba zasadnicza i choroby współistniejące (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, nawyki):**

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

**AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI (dotychczasowe leczenie, nazwa, dawkowanie):**

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

**Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak / nie ) \***

#### BADANIA PRZEDMIOTOWE:

waga ..... wzrost ..... ciepłota ciała: .....

**1. Układ oddechowy:** wydolny – niewydolny

Duszność: nie – tak, spoczynkowa – wysiłkowa, kaszel: nie – tak, jaki .....

Plwocina: śluzowa – pienista – ropna – krwista

Rurka tracheotomijna: nie – tak (rozmiar, data założenia): .....

**2. Układ krążenia:**

Wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA) ....., RR ..... mmHg, tętno/min .....

Sinica: nie – tak, obwodowa – centralna, obrzęki (umiejscowienie) .....

Zaburzenia rytmu serca: nie – tak (jakie) .....

Stymulator serca: nie – tak (typ, rok założenia, przyczyna) .....

Omdlenia: nie – tak (przyczyna) .....

**3. Układ pokarmowy:**

Stan odżywienia: norma – otyłość – kacheksja, BMI ....., rodzaj diety .....  
Nietolerancje pokarmowe: nie – tak (jakie) .....  
Stomia: nie – tak, biegunki/zaparcia: nie – tak .....  
Sonda: odżywcza – odbarczająca, gastrostomia: nie – tak  
Nieoperacyjna niedrożność jelit: nie – tak, nudności – wymioty: nie – tak  
Zmiany w jamie ustnej: nie – tak (jakie) .....

**4. Układ moczowo – płciowy:**

Diureza: norma – wielomocz – skąpomocz – bezmocz  
Nietrzymanie moczu: nie – tak; przerost gruczołu krokowego: nie – tak  
Zakażenia dróg moczowych: nie – tak  
Upławy: nie – tak (przyczyna i rodzaj wydzielin) .....

**5. Układ ruchu:**

Ruchomość w stawach: pełna – ograniczona; osteoporoza: nie – tak  
Złamanie kości: nie – tak (umiejscowienie, data urazu, postępowanie dotychczas i dalsze)  
.....  
.....

**6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

Stan świadomości: pełna – ograniczona – chory nieprzytomny – stan wegetatywny  
Kontakt słowny: pełny – afazja; kontakt logiczny: pełny – brak  
Niedowład/porażenia: nie – tak (umiejscowienie) .....  
.....  
Wzrok: prawidłowy – niedowidzenie – ślepotą – jaskra  
Słuch: prawidłowy – niedosłyszenie – głuchota – aparat słuchowy  
Sen: prawidłowy – odwrócenie rytmu dobowego – bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: nie – tak

**7. Skóra:** zaróżowiona – biała – zażółcona - sinica; czysta - brudna; sucha - wilgotna,

Otarcie naskórka: nie – tak (lokalizacja): .....  
Oparzenia: nie – tak (lokalizacja): .....  
Owrzodzenia żyłkowe: nie – tak (umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie): .....  
.....  
.....

**8. Odleżyny:** nie – tak

Umiejscowienie odleżyn	Stopień zaawansowania	Rozmiar w cm <sup>2</sup>
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna (prawa-lewa)		
Kostka przyśrodkowa (prawa-lewa)		
Krętarz kości biodrowej (prawy-lewy)		
Pięta (prawa-lewa)		
Guz kulszowy (prawy-lewy)		
Inne obszary .....		

**Choroby współistniejące \*)**

Choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka? .....

Gruźlica: tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak – nie

Narkomania/alkoholizm: tak – nie

Choroba nowotworowa: tak – nie, , jeśli tak, to czy w fazie terminalnej: tak – nie

Choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka? .....

**Zakres opieki medycznej:** Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak – nie

W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak – nie

Proces diagnostyczny – terapeutyczny został zakończony: tak – nie

.....  
(data i podpis Świadczeniobiorcy)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza – data)

\*) – niepotrzebne skreślić