

załącznik nr 1

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**Osoby ubiegającej się o przyjęcie  
do D.S. AURA – Wisła, ul. Górnośląska 46**

**Wypełnia Lekarz rodzinny**

Nazwisko .....

Imię.....

Data urodzenia .....

Pesel .....

Adres, kod pocztowy .....

.....

Nazwisko, adres, telefon osoby opiekującej się .....

.....

Główne dolegliwości (początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie,  
nawyki):

.....

.....

.....

**Badanie przedmiotowe:**

Waga: .....

Wzrost: .....

Ciepłota: .....

**1. Skóra i węzły chłonne:**

.....

.....

**2. Układ Oddechowy:**

.....

.....

**3. Układ krążenia:** wydolny/ niewydolny, ciśnienie krwi .....

tętno/min .....

**4. Układ-trawienia:**

.....

.....

**5. Układ moczowo-płciowy** .....

.....

**6. Układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi** .....

.....

.....

.....

**7. Układ nerwowy i narządów zmysłów** .....

.....

**8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):** .....

.....

.....

.....

.....

**9. Schorzenia współistniejące:**

a) choroba zakaźna: tak/nie, jeśli tak to jaka? .....

.....

.....

b) gruźlica: tak/nie, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym: tak/ nie

.....

.....

c) choroba psychiczna: tak/ nie, jeśli tak to jaka? .....

.....

.....

**10. Uzależnienia:**

a) alkoholizm: tak/nie

b) narkomania: tak/ nie

c)inne: .....

.....

### III. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego:

s= samodzielny, o= z ograniczeniami, z= zależny

|                           | s | o | z |
|---------------------------|---|---|---|
| Poruszanie się            |   |   |   |
| Toaleta                   |   |   |   |
| Przyjmowanie posiłków     |   |   |   |
| Wydalenie                 |   |   |   |
| Organizacja czasu wolnego |   |   |   |

\*prawidłowa odpowiedź zaznaczyć „X” w tabeli

**IV . Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.**  
**Osoba kwalifikuje się do pobytu w Ośrodku Seniora.**

V. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....  
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu  
lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
(data, pieczęć, podpis lekarza)