

Pieczętka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarskie

O stanie zdrowia wydane dla potrzeb Domu Seniora PARAIISO
Placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym ,
przewlekłe chorym , osobom w podeszłym wieku.

U Pana/i

.....
urodzonego/ej.....zamieszkałego/ej.....

.....
którego/ej tożsamość ustalono na podstawie (nazwa, seria i numer
dokumentu).....

..... PESEL.....

stwierdza się co następuje:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego początek, stopień uszkodzenia
strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja -rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie, stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

9. Stosowane leki, ich dawki oraz pory przyjmowania.

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

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

Od kiedy pensjonariusz pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego
zaświadczenie? (data)

.....
Od kiedy pensjonariusz posiada dokumentację medyczną? (data)

.....

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Opieki są: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Opieki lub osób z jej otoczenia. Na podstawie badań lekarskich z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana:
W/w Pan/i może przebywać w Placówce Całodobowej Opieki.

stempel i podpis lekarza wydającego
zaświadczenie