

Miejscowość i data .....

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*\***

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Wytchnieniowej „Dom Światła”.....

PESEL.....

Adres .....

1. Choroba zasadnicza – kod ICD10 oraz choroby współistniejące:

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

Waga: .....

- Wywiad (główne dolegliwości, przebieg choroby):

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

- Stosowane leki (stale bądź okresowo) wraz z dawkowaniem:

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

- Przebyte zabiegi operacyjne:

.....  
.....

2. Ocena stanu klinicznego:

- Układ krążenia (wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności)

.....  
RR ..... TĘTNO.....

Stan krążenia obwodowego: .....

- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności)

.....  
.....

- Układ pokarmowy\*

- ✓ Przyjmuje pokarm samodzielnie
- ✓ Jest karmiona/y przez drugą osobę.
- ✓ Wymaga stosowania specjalnej diety(jakiej?) .....
- ✓ Inne (np. sonda, PEG itp.) .....

- Układ moczowo-płciowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.\*

- ✓ Nietrzymanie moczu.
- ✓ Nietrzymanie stolca.
- ✓ Cewnik do pęcherza moczowego.
- ✓ Inne (jakie?) .....

- Układ ruchu\*

- ✓ Osoba chodząca.
- ✓ Osoba leżąco –chodząca.
- ✓ Osoba leżąca.

- W przypadku osoby chodzącej:

- ✓ Porusza się samodzielnie.
- ✓ Porusza się przy pomocy osób trzecich.
- ✓ Porusza się przy pomocy przedmiotów ortopedycznych.

Przebyte urazy i ich następstwa: .....

Ewentualne stosowane ortezy: .....

Ewentualna konieczność stosowania sprzętu pomocniczego/rehabilitacyjnego(rodzaj)

.....

- Układ nerwowy (przebyte choroby i związane z nimi powikłania)

.....  
.....

- Narządy zmysłu ( stan i ew. środki pomocnicze) .....

Wzrok: .....

Słuch: .....

Stan skóry (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzenia, ran, w tym przewlekłych –ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie): .....

Ocena zdolności porozumiewania się (ew. dysfunkcje w zakresie mowy): .....

Inne informacje: .....

### 3. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

.....  
.....

- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:

Zaburzenia psychotyczne: .....

Zaburzenia zachowania: .....

Zaburzenia depresyjne: .....

Uzależnienia (leki, alkohol, nikotyna, narkotyki) .....

**UWAGA: W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o miejsce w Centrum Opieki Wychnieniowej „Dom Światła” proszę dołączyć do niniejszego zaświadczenia lekarskiego, zaświadczenie lekarza psychiatry, natomiast w przypadku występowania choroby onkologicznej proszę dołączyć zaświadczenie lekarza onkologa o zakończonym leczeniu i braku przeciwwskazań do pobytu w Domu Światła.**

### 4. Choroby zakaźne:

COVID-19 data pozytywnego wyniku testu .....

Gruźlica .....

HIV .....

Inne ( WZW B, WZW C).....

5. Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/ nie wymaga\* całodobowej opieki w chwili badania.
6. Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/ nie wymaga\* hospitalizacji.
7. Stwierdza się brak przeciwwskazań/ są przeciwwskazania\* do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnoustrojowej.
8. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, wydane orzeczenia i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w tym wypisów ze szpitala)–w załączeniu.
9. Szczepienie przeciwko COVID- 19                      TAK                      NIE

Nazwa szczepionki .....

Data pierwszej dawki .....

Data drugiej dawki .....

Data trzeciej dawki .....

**ZALECENIA LEKARSKIE:**

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

.....

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\*) niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia.