CAREEXPERTS

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO DOMU OPIEKI

DANE PLACÓWKI MEDYCZNEJ

Nazwa:	
Lekarz prowadzący:	

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

OCENA STANU ZDROWIA PACJENTA

Sprawność fizyczna, poruszanie się:	☐ porusza się samodzielnie ☐ porusza się na wózku	☐ wymaga pomocy w poruszaniu się, lekkie trudności ☐ pacjent leżący współpracujący	
Występują ograniczenia:	☐ mowy	☐ wzroku	☐ słuchu
Kontakt słowno-logiczny:	☐ zachowany logiczny	☐ niezachowany	
Patogeny alarmowe:	☐ wykryto	☐ nie wykryto	☐ Brak potrzeby testów w tym kierunku
Inne istotne ograniczenie zdrowie fizyczne:			
Inne istotne ograniczenie – zdrowie psychiczne:			

ROZPOZNANIE

PRZEBIEG SCHORZEŃ

STAN AKTUALNY, ROKOWANIE

CZY JEST ZALECANA KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA PRZED POBYTEM W DOMU OPIEKI?

PACJENT PRZEBYWA POD OPIEKĄ PORADNI SPECJALISTYCZNEJ (JAKIEJ?)

Data

Podpis Lekarza