

\_\_\_\_\_  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dot. osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Nr PESEL:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Opiekun:</b> <i>(imię i nazwisko, nr telefonu)</i>	

1. Choroba zasadnicza – kod ICD 10 oraz choroby współistniejące:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waga: \_\_\_\_\_

2. Ocena stanu klinicznego

• Układ krążenia (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RR \_\_\_\_\_ TĘTNO \_\_\_\_\_

• Układ oddechowy (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):

✓ W normie

✓ Uwagi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Układ pokarmowy \*

✓ Przyjmuje pokarm samodzielnie

✓ Jest karmiony przez drugą osobę

✓ Wymaga stosowania specjalnej diety; jakiej \_\_\_\_\_

✓ Inne (np. sonda, PEG itp.) \_\_\_\_\_

- Układ moczowo-płciowy
  - ✓ W normie
  - ✓ Nietrzymanie moczu
  - ✓ Nietrzymanie stolca
  - ✓ Cewnik do pęcherza moczowego
  - ✓ Inne (jakie) \_\_\_\_\_
- Układ ruchu
  - ✓ Osoba chodząca: samodzielnie, przy pomocy osób trzecich, przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (jakich?) \_\_\_\_\_
  - ✓ Osoba leżąco-chodząca
  - ✓ Osoba leżąca
- Przebyte urazy  
\_\_\_\_\_
- Układ nerwowy (przebyte choroby i następstwa)  
\_\_\_\_\_
- Narządy zmysłu (i ew. środki pomocnicze)  
Wzrok \_\_\_\_\_  
Słuch \_\_\_\_\_
- Stan skóry (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzenia, ran, w tym przewlekłych – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe leczenie) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Możliwość komunikowania się (ew. dysfunkcje w zakresie mowy)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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) \_\_\_\_\_
- 4. Choroby zakaźne:
  - ✓ COVID -19, szczepienie T/N
  - ✓ Gruźlica
  - ✓ HIV
  - ✓ Inne (WZW B, WZW C)

5. OŚWIADCZENIA

- Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga\* całodobowej opieki w chwili badania.
- Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga\* hospitalizacji.
- Stwierdzam brak przeciwwskazań/są przeciwwskazania\* do rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Stwierdzam brak przeciwwskazań/są przeciwwskazania do skorzystania z całodobowej opieki w Centrum Opieki Wytchnieniowej w Gdańsku.

Zalecenia lekarskie: \_\_\_\_\_

6. Informacja dotycząca dawkowania leków.

**Uwaga !!! Tabelkę wypełnia lekarz, czytelnie drukowanymi literami  
(nazwę leku, dawkowanie, drogę podania, częstotliwość).**

L.p	Nazwa leku	Dawkowanie (0-0-0)	Droga podania

Alergie na leki: \_\_\_\_\_

.....  
(data wystawienia) \*\*

.....  
(pieczęć i podpis LEKARZA)

\* właściwe zaznaczyć

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

**UWAGA:** jeżeli podopieczny posiada orzeczenie o niepełnosprawności, należy je dołączyć do zaświadczenia lekarskiego.