



INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

(kartę wypełnia lekarz prowadzący)

Imię i nazwisko:

PESEL / numer dowodu tożsamości:

Adres zamieszkania (miejsce dotychczasowego pobytu):

.....

Dane osoby w sprawie umówienia terminu przyjęcia (imię, nazwisko, telefon):

.....

Ubezważnowolnienie: Tak

Nie

Jeżeli osoba jest ubezważnowolniona:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

Dane kontaktowe (telefon, adres, mail):

.....

Stopień samodzielności pensjonariusza (podkreślić właściwe)

a) potrzeby fizjologiczne:

- samodzielnie

- z pomocą opiekuna

- cewnik

b) spożywanie posiłków:

- samodzielnie

- jest karmiony

c) ubieranie:

- samodzielnie

- z pomocą opiekuna

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
Przebieg choroby:

.....
Informacje o hospitalizacji w ostatnim roku:

.....
Stosowane leki, środki pomocnicze:

.....
Nadużywanie alkoholu: Tak

Nie

.....
Choroby współistniejące, uszkodzenie innych narządów:

.....
Przebieg choroby:

.....
Przebyte operacje:

.....
Uczulenia:

.....
Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie oropedyczne:

.....
.....
Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

Ocena stanu klinicznego:

Układ krążenia – wydolność z opisem zaburzeń:

Układ oddechowy – wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności:

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy:

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika:

Układ ruchu – zmiany zwyrodnieniowe:

Przebyte urazy i ich następstwa:

Układ nerwowy – obecność niedowładów:

Inne informacje dot. układu nerwowego:

.....

Narządy zmysłów:

- wzrok:

- słuch:

- stan skóry (odleżyny, owrzodzenia, odparzenia – stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie):

.....

.....

.....

Waga: Wzrost: Ciśnienie krwi: Tętno:

.....

Choroba zakaźna: tak/nie, jeśli tak to jaka:

Gruźlica: tak/nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym:

Sytuacja rodzinna/stan cywilny, związki, dzieci, osoby zależne, obciążenia np.alimentacyjne):

.....

.....

Szczepienie przeciwko COVID-19: posiada/nie posiada

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga/nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych i tym samym może/nie może zostać umieszczona w Pałacu Seniora w Raszkowie, Raszków 95, 28-350 Słupia.

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.

.....

Data i podpis osoby kierowanej do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego