



Data

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo
lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Rehabilitacji i Opieki TriVita w Porąbce:

.....

Pesel lub data urodzenia

Adres

I. *Choroba zasadnicza i współistniejące:*

Przebieg :

.....

.....

Rozpoznanie z kodem ICD 10

Stosowane leki

.....

.....

Przebyte zabiegi operacyjne

.....

II. *Ocena stanu klinicznego :*

Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

.....

RR tętno

Stan krążenia obwodowego

Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

.....

.....

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy , PEG itp.

.....

.....

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.

.....

Układ ruchu: Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy

Przebyte urazy i ich następstwa

Układ nerwowy:

Obecność niedowładów

Narządy zmysłu:

Wzrok Słuch.....

Stan skóry: (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie)

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

III. Ocena stanu psychicznego:

Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

Zaburzenia psychotyczne

Zaburzenie zachowania

Zaburzenia depresyjne

IV. Choroby zakaźne:

Gruźlica.....

Inne (HIV,WZW B, WZW C)

V. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

VI. Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej.

.....
pieczęć, podpis lekarza