ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Seniora w  Bachowicach

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie

……………………………………………………………………………….………………

2. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………….……………………………….

3. Adres zamieszkania …………………………………………………………….………………………………….

4. Od jak dawna pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

………………………………………………………………………………..…………………

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej

|  |
| --- |
|  |

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

|  |
| --- |
|  |

7. Używane zapotrzebowanie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

8. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Samodzielny | Z ograniczeniami | Zależny |
| Poruszanie się |  |  |  |
| Toaleta |  |  |  |
| Spożywanie posiłków |  |  |  |
| Organizacja czasu wolnego (wyjazdy, spacery) |  |  |  |

9. Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapia),

sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu Seniora w Bachowicach

TAK ( ) NIE ( )

Miejscowość, data……………… …………………………………. pieczątka i podpis lekarza