Miejscowość : ……………………………………………

 Data: ......…………………………………………… ………………………………………………………

Pieczątka placówki

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O PRZYJĘCIE DO CRO PODDĘBINA MED**

 Wypełnia lekarz

\*proszę zakreślić stan istniejący

 ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do CRO Poddębina Med

Data urodzenia …………………………………………………

Adres zamieszkania (pobytu) ……………………………………………………………………………………………………………….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. choroby współistniejące

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….a/choroba zakaźna: tak/nie\* ( jeśli tak to jaka?)

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

b/ nosicielstwo chorób: tak/nie\* ( jeśli tak to jakie?)

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

c/ gruźlica tak/nie\*

d/ alergie: tak/nie\* (jeśli tak to jakie?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Badanie przedmiotowe: waga: ……………………………..kg, wzrost: …………………………….cm,
ciśnienie krwi:…………………………………, tętno: …………………………….

a/ skóra i węzły chłonne: …………………………………………………………………………………………………………………….

b/ układ oddechowy: …………………………………………………………………………………………………………………………..

c/ układ krążenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

d/ układ trawienny: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

e/ układ moczowo – płciowy: ……………………………………………………………………………………………………………….

f/ układ ruchowy oraz ocena stopnia samodzielności

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

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

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

4. Ocena sprawności ruchowej:\*

a/ chodzi samodzielnie

b/ z pomocą innych osób

c/ z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego, ewentualnie potrzeby w tym zakresie

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

5. Ocena zdolności porozumiewania się ( ewentualne dysfunkcje) w zakresie:

a/ mowy

b/ słuchu

c/ wzroku

6. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do CRO Poddębina Med pozostawała, lub pozostaje pod opieką psychiatry, lub czy taka konsultacja jest konieczna i z jakiego powodu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

7. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania osoby badanej:

- pielęgnacja

- leczenie stałe

- rehabilitacja lecznicza

- badania i terapia psychologiczna

- inne ( jakie ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

8. inne istotne informacje o stanie zdrowia

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

………………………………………………………………..

 Data, pieczęć i podpis lekarza