

Data.....

(Pieczęć zakładu opieki lekarskiej
lub indywidualnej praktyki lekarskiej)

WSTĘPNA OCENA LEKASKA

Pacjenta ubiegającego się do przyjęcia do Domu Wczasowo Rehabilitacyjnego w Zembrzycach (w ramach opieki wytchnieniowej – edycja 2024)

Dane personalne

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

I. Aktualna ocena stanu zdrowia pacjenta

- Wywiad.....

.....

.....

- Przebieg choroby

.....

.....

.....

.....

*Niepotrzebne skreślić

- Przebyta dotąd rehabilitacja

.....

.....

.....

- Rozpoznanie z kodem ICD 10

.....

.....

.....

.....

II. Ocena stanu klinicznego:

- Układ krążenia: wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

.....

.....

.....

.....

- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

- Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika itp.,

.....

.....

.....

.....

- Układ ruchu

Zmiany zwyrodnienia i ich

objawy.....

.....

.....

.....

- Przebyte urazy i ich następstwa

.....

.....

.....

.....

Ewentualne stosowane urazy

.....

.....

.....

.....

- Układ nerwowy

.....

.....

.....

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

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

III. Ocena stanu psychicznego:

- Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień

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

- Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego

Zaburzenia psychotyczne

.....

Zaburzenia depresyjne

.....

Uzależnienia od alkoholu, leków, narkotyków

.....

IV. Choroby zakaźne:

- Gruźlica.....
- HIV.....
- WZW B, WZW C.....
- Inne zakaźne.....

V. Choroby alergiczne.....
.....

VI. Przebyte zabiegi operacyjne
.....
.....

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

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

IX. Aktualnie przyjmowane leki

Lp	Nazwa Leku	Dawka	Sposób przyjmowania
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

XI. Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam / nie wyrażam * zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Wczasowo Rehabilitacyjnego (w ramach programu opieka wytchnieniowa), tylko w celu pielęgnacyjno- opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

XII. Prosimy do zaświadczenia dołączyć kserokopię ostatniego wypisu ze szpitala.

.....

(podpis osoby zainteresowanej
umieszczeniem w DWR Zembrzyce)

Dane osoby do kontaktu.

Imię i Nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:

Orientacyjny termin pobytu:

Czas pobytu: 14 dób

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu (jeżeli dotyczy) można złożyć wraz z dokumentami rekrutacyjnymi lub dostarczyć w ciągu 5 dni od daty zakwalifikowania do programu opieka wytchnieniowa.