

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
WYDANE W CELU STWIERDZENIA ZASADNOŚCI SKIEROWANIA  
DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO \***

.....  
**Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

PESEL: .....

Adres zamieszkania .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego**

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

**3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

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

4. Zastosowane leczenie, rehabilitacja, pobyt w szpitalu

.....

.....

.....

5. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

6. W/w Pan(i) porusza się:

- samodzielnie
- samodzielnie, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, chodzika, osoby drugiej
- na wózku inwalidzkim,
- osoba całkowicie leżąca,

7. W/w Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe zaznaczyć):

- przyjmowania/spożywania posiłków
- wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej (m.in. mycie, kąpanie)
- ubierania się i rozbierania
- korzystania z toalety
- prowadzenia gospodarstwa domowego (np. przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie itp.)

8. Korzystanie z toalety:

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kontrolowanie moczu                 | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> kontrolowanie stolca                | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> wymaga korzystania z pieluchomajtek | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

rozmiar pieluchomajtek: .....

9. **W/w Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia strefy emocjonalnej i wolicjonalnej:**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zaburzenia lękowe                  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> zachowania autoagresywne           | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> zachowania agresywne               | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> nadmierne pobudzenie psychoruchowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> ataki paniki                       | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> inne – jakie:                      |                              |                              |

.....

.....

10. W/w Pan(i) aktualnie zażywa następujące leki (określony sposób dawkowania):

L.p.	NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

11. Zalecana dieta: .....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**\* zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane w celu stwierdzenia zasadności skierowania do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego musi być wypełnione w sposób, który umożliwi jego odczytanie oraz żaden z punktów nie może zostać pominięty**