



**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA  
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE  
DO DOMU SENIORA „WILLMANNOWA POKUSA”  
WRAZ Z LISTĄ PRZYJMOWANYCH LEKÓW**

**(wypełnia lekarz)**

Miejscowość i data .....

.....  
Pieczęć placówki

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Seniora „Willmannowa Pokusa”:

.....  
Data urodzenia: □□ - □□ - □□□□ PESEL □□□□□□□□□□□□

Adres zamieszkania (pobytu): .....

.....  
Numer dowodu osobistego / paszportu (podkreślić właściwe) .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

2. Choroby współistniejące oraz nawyki:

.....  
.....

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/min.....

a/ skóra i węzły chłonne.....

b/ układ oddechowy.....

c/ układ krążenia .....

d/ układ trawienia .....

e/ układ moczowo – płciowy .....

f/ układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

g/ układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

4. Ocena sprawności ruchowej\* :

chodzi samodzielnie

z pomocą innych osób

z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – jeśli tak, proszę podać jakiego:

.....

osoba leżąca

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

mowy

słuchu

wzroku

3. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje lub jest konieczna konsultacja lekarza specjalisty, jeżeli tak, proszę podać jakiej specjalności:

.....

.....

5. Inne istotne informacje o stanie zdrowia

.....

.....

.....

.....

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)

**LISTA PRZYJMOWANYCH LEKÓW**

| <i>Lp.</i> | <i>Nazwa leku</i> | <i>Dawkowanie leku</i> |
|------------|-------------------|------------------------|
| 1          |                   |                        |
| 2          |                   |                        |
| 3          |                   |                        |
| 4          |                   |                        |
| 5          |                   |                        |
| 6          |                   |                        |
| 7          |                   |                        |
| 8          |                   |                        |
| 9          |                   |                        |
| 10         |                   |                        |
| 11         |                   |                        |
| 12         |                   |                        |
| 13         |                   |                        |
| 14         |                   |                        |
| 15         |                   |                        |
| 16         |                   |                        |
| 17         |                   |                        |
| 18         |                   |                        |
| 19         |                   |                        |
| 20         |                   |                        |

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)

.....  
(podpis Mieszkańca lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego)