**

………………………………………………………….. Data ……………………………………

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza*

*Z indywidualną praktyką lekarską*

Zaświadczenie lekarskie

**Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opieki TriVita w Porąbce:**

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

Data urodzenia lub pesel …………………………………………………………

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

Rozpoznanie (KOD ICD 10) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

* Wywiad /główne dolegliwości, początek i przebieg choroby/

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

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

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

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

* **Obecnie zażywane leki** ( dawka i krotność )

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

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

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

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

* Stan skóry (obecność owrzodzeń, odleżyn, odparzeń – stopień, umiejscowienie i zastosowane

 leczenie) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

* Układ moczowo-płciowy ( z uwzględnieniem cewnika i wymiany, zaparcia i wskazania przy problemach z wypróżnianiem)

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

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

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

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

* Ocena stopnia samodzielności:

 □ - leżący □ - chodzący □ - poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

* Układ krążenia (opis wydolności lub zaburzeń wydolności)

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

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

RR ………………………………….. Tętno …………………………….

* Układ nerwowy (informacje istotne, niedowłady)

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

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

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

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

* Układ trawienny – stosowana dieta

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

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

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

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

* Zalecenia lekarskie

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

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

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

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

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

 ………………………………………

 *Podpis i pieczątka lekarza*