

.....

Data.....

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

albo lekarza z indywidualną praktyką lekarską

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do KAMPUS III WIEKU w Boronowie ;

.....

Pesel lub data urodzenia .....

Adres zamieszkania ;.....

1. Choroba zasadnicza i współistniejące:

- Wywiad: .....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Przebieg choroby : .....  
.....  
.....  
.....
- Rozpoznanie z kodem ICD 10 .....
- Stosowane leki: .....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Przebyte zabiegi operacyjne: .....  
.....  
.....



Kampus III wieku

## KAMPUS III WIEKU

ul . Powstańców Śląskich 63  
42 – 283 Boronów

telefon: +48 501 112 223 , 606 320 455 ,

602 362 341

E-mail: [kontakt@kampus3wieku](mailto:kontakt@kampus3wieku)

### II. Ocena stanu klinicznego:

- Układ krążenia : wydolność z opisem zaburzeń niewydolności .....  
.....  
RR ..... tętno ..... ud /min.  
stan krążenia obwodowego.....
- Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności .....  
.....
- Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety , potrzeby stosowania sondy, PEG , itp.  
.....  
.....
- Układ moczowy z uwzględnieniem cewnika moczowego itp.....  
.....
- Układ ruchu:  
Zmiany zwyrodnieniowe i ich objawy .....  
Przebyte urazy i ich następstwa .....  
Ewentualne stosowane ortozy.....
- Układ nerwowy:  
Obecność niedowładów .....  
Inne informacje dot. układu nerwowego.....  
.....
- Narządy zmysłu:  
Wzrok .....  
Słuch .....
- Stan skóry:(obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzeń – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie .....  
.....  
.....

### III. Ocena stanu psychofizycznego :

- Poziom funkcjonowania poznawczego , obecność ośpnień i ich stopień .....
- .....
- .....
- Obecność innych zaburzeń stanu psychofizycznego
- Zaburzenia psychotyczne .....
- Zaburzenia zachowania .....
- Zaburzenia depresyjne .....
- Uzależnienia od alkoholu , leków , narkotyków .....

IV. Choroby zakaźne ;

- Gruźlica .....
- HIV .....
- Inne (WZW B, WZW C) .....

V. Stwierdza się , że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. ( TAK , NIE )

VI . Stwierdza się brak przeciwwskazań do uczestniczenia przez w/w osobę w rehabilitacji ogólnousprawniającej .  
( TAK / NIE )

.....

(pieczęć , podpis lekarza)

**VII . Oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego:**

Wyrażam / nie wyrażam \* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do KAMPUSU III WIEKU w BORONOWIE, tylko w celu leczniczym i opiekuńczym związanych z pobytem w placówce.

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

.....

(podpis osoby zainteresowanej

umieszczeniem w KAMPUS III WIEKU )

**DANE OSOBY DO KONTAKTU:**

Imię i nazwisko:.....

Telefon: .....

Adres e-mail: .....

Orientacyjny termin pobytu.....

Czas pobytu określony / nieokreślony \*

Pokój: jednoosobowy / dwuosobowy \*

Zaświadczenie lekarskie wraz z kserokopią wypisu można złożyć w następujący sposób:

- wysłać na e-mail : [kontakt@kampus3wieku](mailto:kontakt@kampus3wieku)
- dostarczyć na recepcję KAMPUSU III WIEKU

wrzucić do skrzynki znajdującej się przy recepcji w KAMPUSIE III WIEKU z napisem „Dokumenty”

\* ) Niepotrzebne skreślić



Kampus III wieku

**KAMPUS III WIEKU**

ul . Powstańców Śląskich 63

42 – 283 Boronów

**telefon:** +48 501 112 223 , 606 320 455 ,

602 362 341

E-mail: [kontakt@kampus3wieku](mailto:kontakt@kampus3wieku)