

Piecząc zakład opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego indywidualną opiekę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską - wraz z nr świadczeniodawcy oraz REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Kierujące do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla osób chorujących psychicznie

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie

PESEL

adres zameldowania-

dane osoby w sprawie umówienia terminu przyjęcia (imię i nazwisko ,telefon).....

ubezważnowolnienie Tak ☐ Nie ☐

I. Wywiad

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....

.....

2. Główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie

.....

.....

.....

.....

.....

Leczenie biologiczne (nazwy leków, dawki)

.....

.....

.....

3. Informacje o hospitalizacjach

Ilość hospitalizacji pełno dobowych	
Termin I hospitalizacji	
Termin ostatniej hospitalizacji	

Ilość pobytów w oddziałach dziennych	
Termin I pobytu	
Termin ostatniego pobytu	

4. Próby samobójcze Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

.....

.....

5. Nadużywanie alkoholu Tak ☐ Nie ☐

Innych substancji psychoaktywnych Tak ☐ Nie ☐

jakich?

Jeżeli tak to jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio, jaki wpływ na zachowanie, leczenie choroby zasadniczej/
współistniejących.

.....

.....

II. Badania przedmiotowe:

1. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

.....

2. Schorzenia współistniejące:

.....

.....

a. Choroba zakaźna: tak / nie; jeśli tak to jaka?

.....

b. Gruźlica: tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

III. Funkcjonowanie w środowisku

1. Wykształcenie.....

2. Zawód wyuczony.....

3. Zatrudnienie Tak ☐ Nie ☐

4. Przebieg pracy zawodowej: gdzie, jak długo, czy w zawodzie, ostatnie miejsce pracy, (przybliżona) data rozwiązania ostatniej umowy(o pracę, zlec itp.)

.....

.....

.....

.....

5. Sytuacja mieszkaniowa /mieszka sam , z rodziną, standard zajmowanego mieszkania, informacje o ewentualnym zadłużeniu, nieuregulowanej sytuacji prawnej/

.....

.....

.....

6. Sytuacja rodzinna /stan cywilny, związki, dzieci, relacje, osoby zależne, obciążenia np. alimentacyjne/:

.....

.....

.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga/nie wymaga¹ hospitalizacji:

.....
pieczęć, podpis lekarza, data

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam / nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.

.....
data i podpis osoby kierowanej do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego

¹ Niepotrzebne skreślić