

(wypełnia lekarz)

**I. DANE OSOBOWE PENSJONARIUSZA**

1. Imię i Nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres stałego pobytu .....
4. Dokument stwierdzający tożsamość .....
5. PESEL .....
6. Najbliższa rodzina .....
- .....
7. Kontakt z rodziną .....

**II. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE PENSJONARIUSZA**

1. Wywiad lekarski (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki, schorzenia okresowe, stan sprawności fizycznej i psychicznej - ew. określić stopień): .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
2. Waga, wzrost, ciepłota ciała .....
3. Skóra i węzły chłonne .....
4. Układ oddechowy .....
5. Układ krążenia, ciśnienie krwi tętno .....
6. Układ trawienia .....
7. Układ moczowo-płciowy .....
8. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi .....
- .....
9. Czy używa:
  - a) Przedmiotów ortopedycznych m.in. obuwia ortopedycznego, protez kończyn, wózka inwalidzkiego. Jeśli tak to jakich? .....
  - .....
  - b) Środków pomocniczych (okularów, aparatu słuchowego, rurki tchawicznej itp.). Jeśli tak to jakich? .....
  - .....
  - c) Innych przedmiotów niezbędnych w procesie leczenia i rehabilitacji. Jeśli tak to jakich? .....
  - .....

Proszę podać potrzeby w tym zakresie .....

W przypadku Osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu należy podać dane osoby uprawnionej do reprezentowania spraw Pensjonariusza przed instytucjami, organami państwowymi, organizacjami pozarządowymi i służbą zdrowia.: .....

**10. Wyniki badania lekarskiego:**

a) Wyniki badań dodatkowych stanowiące załącznik do niniejszego badania np. morfologia, ogólne badanie moczu, cukier, cholesterol

b) Stan obecny – opis: .....

**11. Czy stwierdza się:**

a) chorobę zakaźną .....

b) gruźlicę .....

c) cukrzycę .....

d) nadciśnienie .....

e) chorobę psychiczną .....

f) chorobę weneryczną .....

g) utratę wzroku .....

h) utratę słuchu .....

i) inne kalectwa .....

j) niedorozwój umysłowy .....

k) padaczkę .....

l) alkoholizm/ ZZA .....

m) inne schorzenia .....

n) wymaga stałego karmienia zgłębnikiem .....

o) nałogi .....

**12. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do Domu Seniora stanowi zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Jeśli tak, podać objawy. ....**



## Dom Seniora MAGNOLIA w Lęborku – KWESTIONARIUSZ PRZYJĘCIA

---

14. Rozpoznanie lekarskie ICD-10 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Wyniki badania lekarskiego psychiatry lub neurologa (dotyczy osób chorych umysłowo i z zaburzeniami psychicznymi): .....

.....

.....

.....

*Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Seniora Magnolia są: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Seniora lub osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.*

*W Domu Seniora nie mogą przebywać chorzy wymagający stałego karmienia zgłębnikiem.*

Na podstawie badań lekarskich z dnia ..... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana<sup>1</sup>:

- może zamieszkać w Domu Seniora Magnolia
- nie została zakwalifikowana do Domu Seniora z powodu przeciwwskazań zdrowotnych

---

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

---

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

---

PODPIS OSOBY KIEROWANEJ LUB JEJ  
PRZEDSTAWICEILA USTAWOWEGO

---

<sup>1</sup> Zaznaczyć znakiem x we właściwej kratce

**(wypełnia rodzina)**

Leki bez recepty przyjmowane w domu (dawki, ile razy dziennie)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- Badania krwi z ostatnich 6 miesięcy lub wypis ze szpitala
- Dokumentacja medyczna która jest w posiadaniu pacjenta
- Aktualna konsultacja psychiatryczna
- Czy Pacjent korzysta z środków chłonnych (pampersy, pielucho majtki - zlecenie)

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko Grypie

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko Pneumokokom

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko RSV

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko COVID-19

- TAK  NIE

**Decyzja o przyjęcia**

TAK

NIE

