

**SKIEROWANIE LEKARSKIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ
W DOMU DZIENNEJ OPIEKI DLA OSÓB STARSZYCH**

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
PESEL

.....
Adres

I. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....
.....

II. Wywiad (gł.dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):
.....
.....
.....
.....

III. Schorzenia współistniejące:

-
-
- choroba zakaźna **tak/nie**. Jeśli tak, to jaka?.....
- gruźlica **tak/nie**. Jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym? **tak / nie**
- narkomania **tak/nie**
- alkoholizm **tak/nie**
- choroba psychiczna **tak/nie**. Jeśli **tak**, to jaka?
.....
- choroba nowotworowa **tak/nie**. Jeśli **tak**, to jaka?
.....



IV. Badanie przedmiotowe:

- ciężar ciała
- wzrost
- temp. ciała
- ciśnienie tętnicze krwi
- stan skóry

V. Uczulenia na leki, pokarmy, inne:

.....
.....

VI. Szczepienia przeciw COVID-19:

.....

VII. Dieta:

.....

VIII. Informacje dodatkowe:

.....
.....

IX. Rehabilitacja ruchowa (jeśli wskazana proszę wpisać rozpoznanie i ewent. przeciwwskazania):

Rozpoznanie.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

.....
(pieczęć Poradni POZ)

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

