



FUNDACJA „Jesień na Letniej”

ul. Letnia 1d

43-600 Jaworzno

Informacja o stanie zdrowia

(kartę wypełnia lekarz prowadzący)

Imię i nazwisko.....

PESEL, albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu dotychczasowego)

Stopień samodzielności pensjonariusza(właściwe podkreślić)

a)załatwia potrzeby fizjologiczne: samodzielnie/z potrzebą opiekuna /osoba nosząca pieluchy/cewnik

b)jedzenie: je samodzielnie / jest karmiony

c)ubieranie: jest samodzielny /stara się, ale potrzebuje pomocy /nie ubiera się samodzielnie

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

Przebieg choroby:

.....
.....
.....

Choroby współistniejące, uszkodzenie innych narządów:

.....
.....
.....

Uczulenia:

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ocena stanu klinicznego:

Układ krążenia wydolność z opisem zaburzeń niewydolności

.....
.....
.....

NIP: 632 201 24 20

REGON: 361039962

jesiennaletniej@gmail.com

nr. konta 63 1240 1356 1111 0010 6232 5517

Układ oddechowy: wydolność z opisem zaburzeń w wypadku niewydolności

.....
.....

Układ trawienny z uwzględnieniem stosowanej diety, potrzeby stosowania sondy

.....
.....

Układ moczowy z uwzględnieniem stosowania cewnika

.....
.....

Układ ruchu:

Zmiany zwyrodnieniowe

.....
.....

Przebyte urazy i ich następstwa:

.....
.....

Układ nerwowy:

Obecność niedowładów

.....
.....

Inne informacje dot. układu nerwowego

.....
.....

Narządy zmysłu:

Wzrok.....

Słuch.....

Stan skóry:

Odleżyny, owrzodzenia, odparzenia, stopień umiejscowienie i dotychczasowe postępowanie

.....
.....

.....
.....

Dodatkowe informacje

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....

(data) (pieczęć lekarza)