……………………

Pieczęć Przychodni

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Wystawiane celem spełnienia kryterium kwalifikującego do świadczenia usługi opiekuńczej
i teleopieki

**DANE PACJENTA**

Imię i nazwisko Uczestnika ……………………………………………….

Data urodzenia/PESEL ………………………………………………………

Miejsce zamieszkania ………………………………………………

1. Ocena stanu samodzielności pacjenta dla służb ratunkowych/teleopieki:
2. nie radzi sobie z min. jedną czynnością dnia codziennego
3. potrzeba stałej pomocy/monitoringu teleopieka
4. Proszę zaznaczyć odpowiednie punkty (jeśli dotyczy):

CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWE

 zapalenie tętnic wieńcowych

 choroby tętnic obwodowych

 nadciśnienie

 niewydolność serca

 zaburzenia rytmu serca

 inne …………………………………………..

NOWOTWÓR OBECNIE LECZONY

 nowotwór układu pokarmowego

 nowotwór narządów rodnych

 nowotwór kości

 nowotwór prostaty

 nowotwór płuc

 inne …………………………………….

CHOROBY NEUROLOGICZNE

 demencja Alzheimer

 inny typ demencji

 epilepsja leczona obecnie

 choroba Parkinsona

 inne …………………………………………

CHOROBY KRWI

 obecnie leczona anemia

 inne ……………………………….

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

 niewydolność nerek

 inne ……………………………………..

CHOROBY PŁUC

 astma

 przewlekłe zapalenie oskrzeli

 niewydolność oddechowa

 inne …………………………………….

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE

 zaburzenia równowagi

 inne ………………………………………

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

 cukrzyca typu 1

 cukrzyca typu 2

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

 przewlekłe zapalenie jelita grubego

 marskość wątroby

 kamica żółciowa

 obecnie leczony wrzód żołądka

 inne ………………………………………

CHOROBY ZAKAŹNE

 AIDS

 wirusowe zapalenie wątroby – w trakcie leczenia

 inne ……………………………………..

 niewydolność tarczycy

 niedoczynność tarczycy

 inne ………………………………………..

ALERGIE

 alergia na leki ( proszę sprecyzować)

……………………………………………….

 alergia oddechowa ( proszę sprecyzować)

……………………………………………….

 alergia skórna ( proszę sprecyzować)

……………………………………………….

1. Inne powody zagrożenia zdrowia pacjenta istotne dla służ ratunkowych/teleopieki:

|  |
| --- |
|  |

…………………………….. ……………………………………..

 Data Podpis lekarza/pieczęć