……………………

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