

.....
Pieczętka podmiotu kierującego

Data

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY PACJENTA KIEROWANEGO DO ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO W TRYBIE PLANOWYM

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU (wypełnia lekarz kierujący)

1. **Nazwisko i imię**

3. Adres do korespondenciji

.....

KOD POCZTOWY / MIEJSCOWOŚĆ / ULICA / NR DOMU / NR MIESZKANIA

- #### 4. Numer PESEL

[illegible]

5. Telefon kontaktowy do pacjenta/opiekuna

6. Nr statystyczny choroby wg ICD-10

--	--	--	--	--

7. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

8. Choroby współistniejące i przebyte operacje:

9. Cel hospitalizaciji;

10. Rurka tracheotomijna : TAK / NIE *

11. Cewnik moczowy: TAK / NIE *

12. Odleżyny: TAK / NIE *

13. Ocena samodzielności w czynnościach życia codziennego:

a) samodzielne mycie się:	TAK / NIE*	b) samodzielne ubieranie się:	TAK / NIE*
c) samodzielne jedzenie:	TAK / NIE*	d) nietrzymanie moczu:	TAK / NIE*
e) nietrzymanie stolca:	TAK / NIE*	f) samodzielne siadanie w łóżku:	TAK / NIE*
g) samodzielne chodzenie:	TAK / NIE*	h) zaopatrzenie ortopedyczne:	TAK / NIE*

jakie?

14. Czy pacjent wymaga całodobowej opieki: TAK / NIE *

15. Aktualnie stosowane leki (wszystkie):

.....

.....

.....

.....

.....

16. Uczulenia (jeśli tak to na co) :

17. Czy Pacjent jest w stanie wyrazić samodzielnie świadomą zgodę na hospitalizację : TAK / NIE *

18. Jeżeli nie może wyrazić świadomej zgody, to czy ma opiekuna prawnego, który może w jego imieniu takie oświadczenie złożyć: TAK / NIE *

UWAGA!

Oddział Geriatryczny nie pełni roli Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego, Hospicjum, Domu Opieki Społecznej.

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*(niepotrzebne skreślić)