



.....  
Proszę podać potrzeby w tym zakresie .....

.....  
W przypadku Osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu należy podać dane osoby uprawnionej do reprezentowania spraw Pensjonariusza przed instytucjami, organami państwowymi, organizacjami pozarządowymi i służbą zdrowia.: .....

.....  
**10. Wyniki badania lekarskiego:**

**a)** Wyniki badań dodatkowych stanowiące załącznik do niniejszego badania np. morfologia, ogólne badanie moczu, cukier, cholesterol

**b)** Stan obecny – opis: .....

.....  
**11. Czy stwierdza się:**

**a)** chorobę zakaźną .....

**b)** gruźlicę .....

**c)** cukrzycę .....

**d)** nadciśnienie .....

**e)** chorobę psychiczną .....

**f)** chorobę weneryczną .....

**g)** utratę wzroku .....

**h)** utratę słuchu .....

**i)** inne kalectwa .....

**j)** niedorozwój umysłowy .....

**k)** padaczkę .....

**l)** alkoholizm/ ZZA .....

**m)** inne schorzenia .....

**n)** wymaga stałego karmienia zgłębnikiem .....

**o)** nałogi .....

**12. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do Domu Seniora stanowi zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Jeśli tak, podać objawy. ....**



## Dom Seniora AZALIA w KĄPINIE – KWESTIONARIUSZ PRZYJĘCIA

---

- .....
- .....
- .....

**14. Rozpoznanie lekarskie ICD-10** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**15. Wyniki badania lekarskiego psychiatry lub neurologa (dotyczy osób chorych umysłowo i z zaburzeniami psychicznymi):** .....

.....

.....

.....

*Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Domu Seniora Magnolia są: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Domu Seniora lub osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.*

*W Domu Seniora nie mogą przebywać chorzy wymagający stałego karmienia zgłębnikiem.*

Na podstawie badań lekarskich z dnia ..... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że osoba badana<sup>1</sup>:

- może zamieszkać w Domu Seniora Magnolia
- nie została zakwalifikowana do Domu Seniora z powodu przeciwwskazań zdrowotnych

---

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

---

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

---

PODPIS OSOBY KIEROWANEJ LUB JEJ  
PRZEDSTAWICEILA USTAWOWEGO

---

<sup>1</sup> Zaznaczyć znakiem x we właściwej kratce

**(wypełnia rodzina)**

Leki bez recepty przyjmowane w domu (dawki, ile razy dziennie)

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- Badania krwi z ostatnich 6 miesięcy lub wypis ze szpitala
- Dokumentacja medyczna która jest w posiadaniu pacjenta
- Aktualna konsultacja psychiatryczna
- Czy Pacjent korzysta z środków chłonnych (pampersy, pielucho majtki - zlecenie)

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko Grypie

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko Pneumokokom

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko RSV

- TAK  NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonywanie szczepień przeciwko COVID-19

- TAK  NIE

**Decyzja o przyjęcia**

TAK

NIE

