

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND**

**Osoby ubiegającej się o przyjęcie do DOMU SENIORA GWAREK, ul. Dębowa 13c, 44-348 Skrzyszów**  
(einer Person, die sich um die Aufnahme In den Seniorenheim GWAREK, Dębowa Str.13c, 44-348 Skrzyszów bemüht.)

**I. Nazwisko** (Name) ..... **Imię** (Vorname) .....

**Data urodzenia** (Geburtsdatum) ..... **Pesel** (Id. Nr.) .....

**Adres, kod pocztowy** (Adresse, Postleitzahl) .....

**Nazwisko, adres, telefon osoby opiekującej się** .....

(Name, Adresse, Telefonnummer des Betreuers )

**Główne dolegliwości (początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)**

Hauptbeschwerden (Anfang Und Verlauf der Krankheit, bisherige Behandlung, Gewohnheiten )

**II. Badanie przedmiotowe** (Sachliche Untersuchung) : **waga** (Gewicht) .....

**wzrost** (Größe) ..... **ciężota** (Körpertemperatur) .....

**1. skóra i węzły chłonne** .....

(Haut und Lymphknoten )

**2. układ oddechowy** .....

(Atmungssystem )

**3. układ krążenia: wydolny/ niewydolny \*, ciśnienie krwi** ..... **tętno/min** .....

(Kreislaufsystem: funktionsfähig/ nicht funktionsfähig, Blutdruck )

( Puls/Min)

**4. układ trawienia** .....

(Verdauungssystem)

**5. układ moczowo- płciowy** .....

(Urogenitalsystem)

**6. układ ruchu oraz ocena samodzielności i samoobsługi**.....  
(Bewegungssystem und Bewertung der Selbstständigkeit und Selbstbedienung )

.....  
.....

**7. układ nerwowy i narządów zmysłów**.....  
(Nervensystem und Sinnesorgane)

.....

**8. rozpoznanie (choroba zasadnicza)**.....  
Diagnose (Grundkrankheit)

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

**9. schorzenia współistniejące\***( nebeneinander bestehende Krankheiten\*)

**a) choroba zakaźna: tak/ nie, jeśli tak to jaka?**.....  
( Ansteckungskrankheit: ja/nein, wenn ja dann welche?)

.....

**b) gruźlica: tak/ nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak/ nie**.....  
(Tuberkulose: ja/nein, wenn ja dann im infektiösen Zustand ja/nein)

.....

**c) choroba psychiczna tak/ nie , jeśli tak to jaka?**.....  
(Geisteskrankheit: ja/nein, wenn ja dann welche?)

.....

**10. uzależnienia\*** (Süchte\*)

**a) alkoholizm: tak/ nie** ( Alkoholsucht: ja/nein)

**b) narkomania: tak/ nie** (Drogensucht: ja/nein)

**c) inne** (andere).....

### III. Stopień samodzielności wykonywanych czynności dnia codziennego:

(Grad der Selbstständigkeit der Alltagstätigkeiten )

**S = samodzielny, O = z ograniczeniami, Z = zależny**  
(S = selbstständig. O = mit Beschränkungen, Z = abhängig)

	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>Z</b>
<b>Poruszanie się</b> (Bewegung)			
<b>Toaleta</b> (Toilette)			
<b>Przyjmowanie posiłków</b> (Essen)			
<b>Wydalenie</b> (Ausscheidung)			
<b>Organizacja czasu wolnego</b> (Gestaltung der Freizeit)			

(prawidłowa odpowiedź zaznaczyć „X” w tabeli)

### IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

( Es wird festgestellt, dass die oben genannte Person im Moment der Untersuchung keine Hospitalisierung erfordert.)

### V. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.\*

(Erklärung der sich um die Einweisung ins Pflegeheim bemühen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters)\*

***Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.***

*Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass personenbezogenen Daten, die zum Zwecke der Einweisung ins Pflegeheim verarbeitet werden.*

.....

**Data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego.\***

Datum und Unterschrift der zum Anstalt eingewiesenen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters\*

\*- **niepotrzebne skreślić.**

\*- unnötige durchstreichen

.....  
**(data, pieczęć i podpis lekarza)**

(Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes)