

Zaświadczenie lekarskie do celów kwalifikowalności i realizacji wsparcia Seniora w projekcie RPO WSL „W OCHRONIE ŻYCIA I ZDROWIA – nowoczesne technologie teleopiekuńcze i telemedyczne dla mieszkańców Częstochowy i okolic”

W ramach projektu będą wsparte usługami społecznymi i zdrowotnymi osoby, które nie wymagają całodobowej opieki fizycznej, ale z uwagi na stan zdrowia, stan fizyczny lub psychiczny powinny otrzymać całodobowe wsparcie opiekunów zdalnych i medyków.

**DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA**

DANE UCZESTNIKA	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kod pocztowy	
	5	Miejscowość	
	6	Ulica/numer	

**STAN ZDROWIA**

<b>CHOROBY NEUROLOGICZNE I PSYCHICZNE</b>	<b>NOWOTWÓR OBECNIE LECZONY</b>
<input type="checkbox"/> demencja typu Alzheimer	<input type="checkbox"/> nowotwór układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> inny typ demencji	<input type="checkbox"/> nowotwór narządów rodnych
<input type="checkbox"/> epilepsja leczona obecnie	<input type="checkbox"/> nowotwór kości
<input type="checkbox"/> choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/> nowotwór prostaty
<input type="checkbox"/> <b>depresja</b>	<input type="checkbox"/> nowotwór płuc
<input type="checkbox"/> schizofrenia	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> inne .....	
<b>CHOROBY PŁUC</b>	<b>CHOROBY KRWI</b>
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> obecnie leczona anemia
<input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/> zaburzenia krzepliwości
<input type="checkbox"/> niewydolność oddechowa	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> inne .....	<b>CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO</b>
<b>CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE</b>	<input type="checkbox"/> niewydolność nerek
<input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/> zaburzenia elektrolitowe
<input type="checkbox"/> inne .....	<input type="checkbox"/> inne .....
<b>ALERGIE</b>	<b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>
<input type="checkbox"/> alergia pokarmowa (proszę sprecyzować)	<input type="checkbox"/> AIDS
.....	<input type="checkbox"/> wirusowe zapalenie wątroby – w trakcie leczenia
<input type="checkbox"/> alergia oddechowa .....	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> alergia skórna .....	
.....	<b>CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE</b>
<b>CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO</b>	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 1 - rok/miesiąc diagnozy <sup>1</sup> :
<input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie jelita grubego	<input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 2 - rok/miesiąc diagnozy <sup>2</sup> :
<input type="checkbox"/> marskość wątroby	<input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy
<input type="checkbox"/> kamica żółciowa	<input type="checkbox"/> niewydolność tarczycy
<input type="checkbox"/> obecnie leczony wrzód żołądka	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> inne .....	
<b>CHOROBY SERCOWO – NACZYNIOWE</b>	<b>DOLEGLIWOŚCI</b>
<input type="checkbox"/> angina pectoris, zapalenie tętnic wieńcowych	<input type="checkbox"/> bóle w klatce piersiowej
<input type="checkbox"/> choroby tętnic obwodowych	<input type="checkbox"/> kołatanie i nierówne bicie serca
<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> duszności
<input type="checkbox"/> niewydolność serca	<input type="checkbox"/> zasłabnięcia lub utraty przytomności
<input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu serca (jakie?)	<input type="checkbox"/> obrzęki kończyn dolnych
<input type="checkbox"/> choroba niedokrwienna serca (jaka?)	<input type="checkbox"/> zawroty głowy
<input type="checkbox"/> zawał mięśnia sercowego (której ściany?)	<input type="checkbox"/> drętwienie, mrowienie kończyn

<sup>1</sup> Jeśli dotyczy ostatniego roku

<sup>2</sup> Jeśli dotyczy ostatniego roku

Zaświadczenie lekarskie do celów kwalifikowalności i realizacji wsparcia Seniora w projekcie RPO WSL „W OCHRONIE ŻYCIA I ZDROWIA – nowoczesne technologie teleopiekuńcze i telemedyczne dla mieszkańców Częstochowy i okolic”

<input type="checkbox"/> zabiegi na naczyniach wieńcowych (jakie?)	<input type="checkbox"/> łatwe męczenie się
<input type="checkbox"/> operacje zastawek (jakie?)	<input type="checkbox"/> inne:
<input type="checkbox"/> wszczepiony stymulator (jakiego typu?)	<b>PRZEBYTE STANY</b> <input type="checkbox"/> uraz czaszki <input type="checkbox"/> złamanie szyjki kości udowej <input type="checkbox"/> złamanie kręgosłupa
<input type="checkbox"/> niewydolność krążenia	
<input type="checkbox"/> udar mózgu z następstwami: zaburzenia mowy	
<input type="checkbox"/> udar mózgu z następstwami: zaburzenia ruchu	
<input type="checkbox"/> udar mózgu bez następstw	
<input type="checkbox"/> podwyższony poziom cholesterolu	<b>UWAGI:</b>
<input type="checkbox"/> podwyższony poziom triglicerydów	
<input type="checkbox"/> miażdżyca	
<input type="checkbox"/> żylaki kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/> inne .....	

**INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA NIEUJĘTE POWYŻEJ LUB ROZWINIĘTE, ISTOTNE DLA USTALENIA WSPARCIA W PROJEKCIE ORAZ ISTOTNE DLA SŁUŻB RATUNKOWYCH:**

**STALE ZAŻYWANE LEKI (DAWKI):**

**HOSPITALIZACJA W CIĄGU OSTATNIEGO ROKU:**

Rekomenduję udział w projekcie:

TAK	NIE
-----	-----

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarz