

# SKIEROWANIE DO DZIENNEGO ODDZIAŁU PSYCHOGERIATRYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania  
pacjenta

Adres do korespondencji  
(jeżeli jest inny niż adres  
zamieszkania)

Numer telefonu  
*(może być opiekuna faktycznego)*

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Badania psychologiczne:

3. Badania neuroobrazowe:

4. Choroby współistniejące i przebyte operacje:

5. Cukrzyca: TAK / NIE

**6. Ocena stanu psychicznego:**

a) czy pacjent rozumie i wykonuje polecenia : TAK / NIE

b) uzależnienia: TAK / NIE

- jeżeli TAK, od jakich substancji?

.....

c) czy obecnie lub w przeszłości pacjent wymagał stosowania leków psychiatrycznych? TAK / NIE

- jeśli TAK, proszę wymienić zażywane leki:

.....

7. Cewnik moczowy: TAK / NIE

8. Zaopatrzenie w pieluchomajtki TAK / NIE

7. Odleżyny: TAK / NIE

umieszczenie (opis):

.....

8. Owrzodzenia podudzi TAK / NIE

**9. Ocena samodzielności:**

samodzielne mycie się TAK / NIE

samodzielne ubieranie się TAK / NIE

samodzielne jedzenie TAK / NIE

nietrzymanie stolca TAK / NIE

samodzielne chodzenie TAK / NIE

zaopatrzenie ortopedyczne TAK / NIE

- Proszę podać jakie:

10. Aktualnie stosowane leki

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Alergie ( w tym na leki )

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
pieczęć, podpis lekarza kierującego