

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
(lekarza wykonującego indywidualną
praktykę lekarską lub indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgniacyjno-
opiekuńczego

Rok urodzenia

Adres.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

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

II. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost.....ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny *ciśnienie krwi.....
tętno/min

4. Układ trawienia

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....
.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

.....
.....

9. Schorzenia współistniejące: *)

a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka ?

.....

b) gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**

c) narkomania **tak – nie**

d) choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka ?

.....

- III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.*
- IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego*
- Wyrażam/ nie wyrażam zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego) *

.....
(pieczęć, podpis lekarza,)

* Niepotrzebne skreślić