

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
.....

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, data)

* właściwe podkreślić