…………………………….  
(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