…………………………….
(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