

.....
(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 lub pielęgnacyjno-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, data)

.....
* właściwe podkreślić