

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

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 przetwarzanie 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

*) niepotrzebne skreślić