

.....
(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)
* właściwe podkreślić

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)