

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza
wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub
pielęgniacyjno-opiekuńczego.....

PESEL.....

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

.....

Układ moczowo-płciowy

.....

5. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

6. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

8. 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 *)

*) Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)