

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)

^{*)} niepotrzebne skreślić