

WZÓR

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 chorób, 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.