

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
pielęgniacyjno-opiekuńczego:

rok urodzenia:

adres:

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie,
nawyki).....
.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: wagawzrostciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny *), ciśnienie krwitętno/min

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

7. Układ nerwowy i narządu zmysłów:.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

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