

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającego 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?

a) .....

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)