

(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 i podpis lekarza

*) Właściwe podkreślić