

.....
(miejscowość, data)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego indywidualną
praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

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-niewydolny¹⁾, 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 współistniejące¹⁾.

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 hospitalizacji¹⁾.

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela
ustawowego¹⁾.

Wyrażam/nie wyrażam¹⁾ 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)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić