

pieczęć zakładu

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: wagawzrost.....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- pęciowy.....

.....

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 czy w stadium zakaźnym tak - nie

a) gruźlica tak - nie, jeśli tak 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, data)