.....……
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego

……...

PESEL ……

Adres zamieszkania ……

I Wywiad (główna dolegliwość, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)
……
……
……
……

II Badanie przedmiotowe: waga ……..wzrost……. ciepłota……..
1. Skóra i węzły chłonne obwodowe
……
2. Układ oddechowy……
3. Uszkodzenia krążenia: wydolny-niewydolny*), ciśnienie krwi ……tętno /min……..
4. Układ trawienny ……..
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 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 ubiegających się o skierowanie do zakładu.

…….. ……..……
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*) (pieczęć, podpis lekarza, data)

_____
*)niepotrzebne skreślić