

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza wykonującego indywidualną
specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....

Rok urodzenia

Adres zamieszkania

I. WYWIAD(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

Rozpoznanie wg. ICD-10:

.....

.....

II. BADANIA PRZEDMIOTOWE: waga: kg, wzrost: cm, ciepłota: °C

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, data)

*) niepotrzebne skreślić