

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo - leczniczego lub pielęgniacyjno - 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, podpis lekarza, data

\*) Niepotrzebne skreślić