

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej 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 – 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. *)

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*)

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić