

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 jak?

.....

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 lub jej przedstawiciela ustawowego*.

Wyrażam / nie wyrażam zgody na zgromadzenie 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