

## 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 – pęciowy .....

.....

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

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 lub 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)