

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)