

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo – leczniczego:

..... rok urodzenia.....
adres,
..... tel.

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
/ jej przedstawiciela ustawowego*)

.....
(Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,
jego podpis oraz nr prawa wykonywania zawodu; **data**)

*) niepotrzebne skreślić