

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-
opiekuńczego
rok urodzenia
adres

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. Oświadczam osobę ubiegającą 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
lub jej przedstawiciela ustawowego^{*)})

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

^{*)} Niepotrzebne skreślić