

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 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
lub jej przedstawiciela ustawowego)*

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)