

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.....

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. Oświadczanie osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego. Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na zgromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....

(data i podpis osoby kierowanej do zakładu

lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....

(pieczęć i podpis lekarza, data)