

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo -lecniczego lub pielęgniacyjno-opiekuńczego.....

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 / 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  
data) lub jej przedstawiciela ustawowego\*)

(pieczęć, podpis lekarza, data)

\*) Niepotrzebne skreślić