

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
lekarza wykonującego prywatną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

PESEL.....

adres.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe
leczenie, nawyki).....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne odwodowe.....

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 choroby 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 ustawowego⁷⁾ 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

.....
pieczętka i podpis osoby kierującej do zakładu