

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską  
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo -leczniczego

rok urodzenia .....

adres .....

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

II. Badania 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): ..... kod.....

9. Schorzenia współistniejące\*

a/ ..... kod.....

b/ ..... kod.....

c/ choroba zakaźna **tak - nie**, jeśli tak to jaka?

d/ gruźlica **tak - nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak - nie**

e/ narkomania **tak - nie**

f/ 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)

\*Niepotrzebne skreślić