

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

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 lub 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/