

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): .....

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 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