ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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