

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającego 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?

a) .....

**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\*)

.....  
\*) Niepotrzebne skreślić  
data)

(pieczęć, podpis lekarza,