

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?

UWAGA :DO ZAKŁADU NIE MOGĄ BYĆ KIEROWANE OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

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