

*Pieczęć 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

.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

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.*)

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.