

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

rok urodzenia.....

adres.....

I. Wywiad (główna dolegliwość, 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 w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. *)

IV. Oświadczam / nie oświadczam*) zgodę na skierowanie albo jej przedstawiciela ustawowego*)

Wyrażam / nie wyrażam*) zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu, w celu udzielania świadczeń, rozliczania ich oraz w celach statystycznych.

.....
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu

lub jej przedstawiciela ustawowego*)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić