

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

.....

rok urodzenia

adres.....

I. **Wywiad** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....

.....

.....

.....

II. **Badania przedmiotowe:** waga wzrost..... ciepłota

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy

.....

3. Układ krążenia: wydolny/ niewydolny¹, 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) w języku polskim oraz wg. klasyfikacji ICD-10.....

.....

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące:

a) choroba zakaźna: tak/nie (jeśli tak, to jaka?.....)

b) gruźlica: tak/nie (jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym?.....)

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 hospitalizacji¹.

.....
(pieczęć podpis lekarza, **data**)