

.....
pieczęć ZOZ albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę
lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....
Data 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. Kod rozpoznania wg ICD-10

9. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

10. 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/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego*

IV Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu

.....
Data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

* niepotrzebne skreślić