

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub  
pielęgniacyjno-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 ruchu 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 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)