

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego  
indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną  
specjalistyczną praktykę lekarską*

### Osoba ubiegająca się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo- leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego:

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. Badanie przedmiotowe: waga \_\_\_\_\_ wzrost \_\_\_\_\_ ciepłota \_\_\_\_\_

1. Skóra i więzły 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 i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu / 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*

\*niepotrzebne skreślić