

## 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- pęciowy -----

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

**MEDPHARMA ZOZ S.A.**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-  
LECZNICZE MEDPHARMA**  
Al. Jana Pawła II 5  
83-200 Starogard Gdański  
NIP 592 18 54 774

**FILIA POLPHARMA**  
Ul. Pelplińska 19  
83-200 Starogard  
Gdański

**FILIA BOBOWO**  
Ul. Gdańska 11  
83-212 Bobowo

**FILIA KALISKA**  
Ul. Nowowiejska 5  
83-260 Kaliska

**FILIA OSIECZNA**  
Ul. Dworcowa 6  
83-242 Osieczna

**FILIA DZIEMIANY**  
Ul. Wyzwolenia 2  
83-425 Dziemiany