

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**

**Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo -  
leczniczego** lub pielęgniacyjno - opiekuńczego: .....

data urodzenia: .....

adres: .....

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

.....

.....

**II. Badania przedmiotowe:** waga.....kg, wzrost.....cm, ciepłota.....°C

1. **Skóra i węzły 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 stopni 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 obecnej 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 i podpis lekarza, data)