

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię:

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 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 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)