



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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającego się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-  
leczniczego .....

PESEL : .....

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\*)

\_\_\_\_\_  
\*) Niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć, podpis lekarza, data)