

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Nazwisko i imię.....  
Pesel.....

Adres.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, aktualny wykaz leków, choroby współistniejące\*\*\*):

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

1. Skóra i więzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny, ciśnienie krwi.....mm Hg, 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\*

.....  
pieczętka, podpis lekarza, data

\*niepotrzebne skreślić

\*\*w przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie samodzielnie decydować o sobie dopisać „pacjent nie jest w stanie podejmować samodzielnie decyzji”

\*\*\*w j. Polskim według ICD-10