DRUK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE – DRUKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE !

ZAŁĄCZNIK Nr 3 a

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej + nr uowy z NFZ
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

data urodzenia.....adres .....

osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego/ZPO

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..... .....

karmiony:doustnie/sonda/PEG*)kwalifikowany do żywienia dojelitowego dietą przemysłową: ☐ tak ☐ nie

5. Układ moczowo-płciowy .....

☐ bez zmian i zaburzeń ☐ pieluchowany ☐ cewnikowany

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 - ni**e, 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*)

V **Wyrażam**/nie wyrażam*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

LEKI POBIERANE NA STAŁE: .....

.....

.....

.....
(data i podpis osoby kierowanej
do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić