

.....
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 - 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*)

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