.....
pieczęć ZOZ albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę
lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego
….....
Data 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. Kod rozpoznania wg ICD-10 .....
9. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....
10.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/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego/ zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego*

IV Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.
Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu

.....
Data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego*

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza
albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

* niepotrzebne skreślić