pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

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 lub pielęgnacyjno- opiekuńczego.................................................................................................................

…............................................................................................................................................................

rok 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.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 )

 ….............................................................