

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego indywidualną  
praktykę lekarską lub indywidualną  
specjalistyczną praktykę lekarską

### ZASWIADCZENIE 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. Oświadczanie 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\*)

.....  
(data, podpis i pieczęć lekarza)

\*) Niepotrzebne skreślić