

.....
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 pielęgniacyjno-opiekuńczego (Niepubliczny Zakład Pielęgniacyjno-Opiekuńczy „Karolinka” Sp z o. o. w Katowicach):

.....

data urodzenia:

adres:

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

.....

.....

.....

.....

II. Badania przedmiotowe: waga.....kg, wzrost.....cm, ciepłota.....°C

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny, ciśnienie krwi.....tętno/min.....

4. Układ trawienny.....

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:

choroba zakaźna tak-nie, jeśli tak to

jaka?.....

gruźlica tak-nie, jeśli tak , to czy w stadium zakaźnym tak-nie

narkomania tak- nie

choroba psychiczna tak - nie, jeśli tak to

jaka.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam zgodę 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)

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

