



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
lekarza wykonującego prywatną praktykę lekarską

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo- leczniczego lub  
pielęgniacyjno- opiekuńczego.....

PESEL.....  
adres.....

- I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe  
leczenie, nawyki).....
- II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost..... ciepłota.....
1. Skóra i węzły chłonne odwodowe.....
  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 choroby 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

.....  
pieczęć i podpis osoby kierującej do zakładu