



## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego:

\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL:

adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

### 1. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

Waga \_\_\_\_\_, wzrost \_\_\_\_\_, ciepłota \_\_\_\_\_

● Skóra i węzły chłonne obwodowe \_\_\_\_\_

Odleżyny \_\_\_\_\_

● Układ oddechowy \_\_\_\_\_

● Układ krążenia: wydolny / niewydolny, RR \_\_\_\_\_, tętno \_\_\_\_\_

● Układ pokarmowy \_\_\_\_\_

● Układ moczowo-płciowy \_\_\_\_\_

● Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi \_\_\_\_\_

● Układ nerwowy i narządy zmysłów \_\_\_\_\_

● Rozpoznanie (choroba zasadnicza): \_\_\_\_\_

● Schorzenia współistniejące:

a) Choroba zakaźna tak/nie, jeśli tak to jaka? \_\_\_\_\_

b) ZZA/ narkomania tak/nie \_\_\_\_\_

c) Choroba psychiczna tak/nie, jeśli tak to jaka? \_\_\_\_\_

3. Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba **wymaga / nie wymaga** skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

.....  
data i podpis osoby  
kierowanej do ZOL/opiekuna

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza, data