

.....  
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 Domu Seniora

.....  
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? .....

e) inne .....

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji,

rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.)

**LEKI POBIERANE NA STAŁE:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis osoby kierowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego\*)

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

\*) Niepotrzebne skreślić