

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- I. Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Lipsku
.....
Rok urodzenia.....
Adres.....
- II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)
.....
.....
.....
.....
- III. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost.....ciepłota.....
1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....
2. Układ oddechowy.....
3. Układ krążenia: wydolny, niewydolny¹⁾, ciśnienie krwi....., tętno.....
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 współistniejące¹⁾
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.....
- IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.
- V. **Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opieki długoterminowej w Lipsku (lub jej przedstawiciela ustawowego)**
Wyrażam – nie wyrażam zgodę ¹⁾ na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do ZPO w Lipsku.

.....
Data i podpis osoby kierowanej do ZPO
lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
Data podpis i pieczęć lekarza

1) Niepotrzebne skreślić