



.....  
Miejscowość, data

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza wykonującego indywidualną  
specjalistyczną praktykę lekarską

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Rok urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

**I. WYWIAD** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie,  
nawyki)

Rozpoznanie wg. ICD-10: .....

.....  
.....  
.....

**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 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? .....

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

**IV.** Oświadczam osobę ubiegającą 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)

\*) niepotrzebne skreślić