Załącznik Nr 4

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego .....
rok urodzenia .....
adres.....

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

II. **Badania przedmiotowe:** waga ..... wzrost..... ciepłota .....
Skóra i węzły chłonne obwodowe.....
Układ oddechowy .....
.....
Układ krążenia: wydolny/ niewydolny[1], ciśnienie krwi ..... tętno/min.....
Układ trawienia .....
.....
Układ moczowo-płciowy .....
.....
Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi
.....
.....
Układ nerwowy i narządy zmysłów .....
.....
Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. klasyfikacji ICD-10.....
.....
.....
.....
Schorzenia współistniejące:
a) choroba zakaźna: tak/nie (jeśli tak,to jaka?.....)
b) gruźlica: tak/nie (jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym?.....)
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[1].

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