:

Pieczątka zakładu

wystawiającego zaświadczenie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Kierujące do zakładu Pielęgnacyjno-Rehabilitacyjnego, Kocikowa 42 A

**Pobyt komercyjny**

**Nazwisko i imię** osoby ubiegającej się o przyjęcie....................................................................................................................................

**PESEL** .......................................................................................................................................................................

**adres zameldowania**- ...................................................................................................................................................................................

**faktyczny adres zamieszkania**-

………………………………………………………………….............................................................................................................................

**dane osoby w sprawie umówienia terminu przyjęcia** ( imię i nazwisko, telefon )

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

 **ubezwłasnowolnienie** Tak [ ]  Nie [ ]

Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona:

Imię nazwisko opiekuna prawnego...........................................................................................................................................................

Dane kontaktowe/telefon, mail, adres/ ………………………………………………………............................................................................................................................................

1. **Wywiad**

Rozpoznanie (choroba zasadnicza..........................................................................................................................

Informacje o hospitalizacjach w ostatnim roku

………………………………………………………………………………………………………………………

Nadużywanie alkoholu Tak [ ]  Nie [ ]

1. **Badania 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.................................................................................

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

1. Układ nerwowy i narządy zmysłów......................................................................................................................................

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

1. Schorzenia współistniejące: ...................................................................................................................................................
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**a.** Choroba zakaźna: tak / nie; jeśli tak to jaka?

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

**b.** Gruźlica: tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

Sytuacja rodzinna /stan cywilny, związki, dzieci, relacje, osoby zależne, obciążenia np. alimentacyjne/:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga/nie wymaga[[1]](#footnote-1) leczenia w warunkach szpitalnych i tym samym może/nie może zostać umieszczona w Zakładzie Pielęgnacyjno – Rehabilitacyjnym w Kocikowej 42 A, 42-436 Pilica**

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

 pieczęć, podpis lekarza, data

1. **Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu, albo jej przedstawiciela ustawowego.**

**Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.**

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

data i podpis osoby kierowanej do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)