

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do dziennego domu opieki)

.....
(PESEL)

.....
(adres)

I. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

II Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):
.....
.....
.....
.....

III Schorzenia współistniejące*:

-
-
- choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**
- narkomania **tak – nie**
- alkoholizm **tak – nie**
- choroba psychiczna **tak – nie, jeśli tak, to jaka ?**.....
.....
- choroba nowotworowa **tak – nie, jeśli tak, to jaka ?**.....
.....

IV Badanie przedmiotowe:

- Ciężar ciała.....
- wzrost
- temp. ciała
- ciśnienie tętnicze krwi
- Stan skóry:
.....

V Uczulenia na lek, pokarmy i inne:

.....

VI Szczepienia:

.....

VII Dieta:

.....

VIII Informacje dodatkowe:

.....

.....

IX Rehabilitacja ruchowa:

(jeśli wskazana proszę wpisać rozpoznanie i ewentualne przeciwwskazania)

Rozpoznanie:.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

.....

(pieczęć poradni POZ)

.....

(pieczęć , podpis lekarza, data)