

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do opieki środowiskowej/AOON)

.....
(PESEL)

.....
(adres)

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

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

II. Badanie przedmiotowe: waga.....wzrost

1. Skóra / odleżyny.....
2. Węzły chłonne obwodowe:.....
3. Układ oddechowy:.....
4. Układ krążenia-wydolny - niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min.....
5. Układ trawienia:.....
6. Układ moczowo- płciowy:.....
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....

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 Uczulenia na lek, pokarmy i inne:

.....

Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.

VI Szczepienia:

.....

V Informacje dodatkowe:

.....

.....

VI Rehabilitacja ruchowa:

(jeśli wskazana, proszę wpisać rozpoznanie i ewentualne przeciwwskazania)

Rozpoznanie:.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

.....

(pieczęć poradni POZ)

.....

(pieczęć , podpis lekarza, data)