

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
(PESEL)

.....
(adres)

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

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

Uczulenia na lek, pokarmy i inne

.....
.....

Szczepienia

.....
.....

Dieta

.....
.....

Informacje dodatkowe

.....
.....

Badanie przedmiotowe: waga.....wzrostciepłota

- Skóra / odleżyny.....
- Węzły chłonne obwodowe:.....
- Układ oddechowy:.....
- Układ krążenia- wydolny-niewydolny*), ciśnienie krwi.....tętno/min.....
- Układ trawienia:.....
- Układ moczowo- pęciowy:.....
- Układ ruchu ocena stopnia samodzielności i samoobsługi:

- Układ nerwowy i narządy zmysłów.....
- Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....

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

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

.....

(pieczęć , podpis lekarza, data)

.....

(pieczęć poradni POZ)

*właściwie podkreślić