

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

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

PESEL.....Zamieszkały(a).....

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

**II Wywiad:**

.....  
.....

**III Schorzenia współistniejące\*:**

- .....
- .....
- choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- 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:**

- Waga.....wzrost .....temp. ciała ..... RR krwi.....
- Stan skóry: .....

**V Uczulenia na lek, pokarmy i inne:** .....

**VI Szczepienia:**.....

**VII Dieta:** .....

**VIII Informacje dodatkowe:**

.....  
.....

**IX Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga\*:**

- gimnastyki ogólnousprawniającej **tak – nie**
- fizjoterapii **tak – nie, jeśli tak:**

Rozpoznanie:.....

Przeciwwskazania.....

\*właściwe podkreślić

### ZALECONE LEKI:

Nazwa leku	Dawkowanie			Data	Podpis i pieczęć lekarza	Uwagi
	Rano	W południe	Wieczorem			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

.....  
(Pieczęćka przychodni)

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