

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Domu Opieki Obok Lasu w Grębiszewie**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Opieki

..... Data urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

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

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

II. Badanie przedmiotowe: waga ..... wzrost ..... /ciepłota ..... ciśnienie krwi .....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: .....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy.....

6. Układ ruchu .....

7. Układ nerwowy .....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza ICD - 10)

.....

9. Schorzenia współistniejące:

a) choroba zakaźna tak - nie,  
jeśli tak, to jaka.....

b) inne .....

.....

.....

III. Przyjmowane na stałe leki:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: ( zaznaczyć właściwe właściwe)

- całodobowej opieki,
- pielęgnacji,
- rehabilitacji
- w chwili badania nie wymaga hospitalizacji

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć

