

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza  
wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub  
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Nazwisko i imię** osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego: .....

**Data, miejsce urodzenia:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

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

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

**II. Badania przedmiotowe:** waga ....., wzrost ....., ciepłota .....

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

2. Układ oddechowy .....

3. Układ krążenia: wydolna – nie wydolna\*, ciśnienie krwi ....., tętno.....

4. Układ trawienia: .....

5. Układ moczowo-płciowy: .....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi .....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: .....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza (wg ICD 10): .....

.....

9. Schorzenia współistniejące\*:

a) choroba zakaźna TAK – NIE, jeśli tak to jaka? .....

b) gruźlica TAK – NIE, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym TAK - NIE

c) narkomania TAK – NIE

d) choroba psychiczna TAK – NIE, jeśli tak, to jaka? .....

.....

e) inne: .....

10. Aktualnie przyjmowane leki (dawki):

.....

.....

.....

**III.** Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki/ pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

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

\*niepotrzebne skreślić