

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego
indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną
praktykę lekarską

Osoba ubiegająca się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo- leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego:

Nazwisko i imię -----

Pesel ----- **Adres** -----

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

II. Badanie przedmiotowe: waga ----- wzrost ----- ciepłota -----

1. Skóra i więzły chłonne obwodowe -----

2. Układ oddechowy -----

3. Układ krążenia: wydolny- niewydolny, ciśnienie krwi ----- tętno/min -----

4. Układ trawienia -----

5. Układ moczowo- pęciowy -----

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

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów -----

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) -----

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? -----

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

IV. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu / jej przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących
osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

data i podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego*

pieczęć, podpis lekarza, data

*niepotrzebne skreślić

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5a
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna
83-200 Starogard Gdański

FILIA POLPHARMA
ul. Pelplińska 19
83-200 Starogard Gdański

FILIA BOBOWO
ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna