

pieczęć firmowa  
zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego  
„SANUS” ,  
ul. Władysława Orkana 8, 44-310 Radlin

Nazwisko..... Imię.....  
Data urodzenia.....PESEL.....  
Adres.....  
Nazwisko i imię opiekuna prawnego lub członka rodziny sprawującej opiekę nad w/  
w.....  
Adres.....  
Nr telefonu.....  
Adres mail (lub inny sposób kontaktu)  
.....

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

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

### II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga.....wzrost.....ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....
2. Układ oddechowy.....
3. Układ krążenia : wydolny - niewydolny;  
ciśnienie krwi.....  
tętno/min.....
4. Układ trawienny.....
5. Układ moczowo- płciowy.....  
.....
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi  
.....  
.....
7. Układ nerwowy i narządów  
zmysłów.....  
.....
8. Rozpoznanie 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) Choroba psychiczna : tak/nie, jeśli tak to jaka?  
.....
10. Uzależnienia\*
- a) alkoholizm: tak/nie
- b) narkomania: tak/nie
- c) inne.....

### III. STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO:

S- samodzielny, O- z ograniczeniami, Z- zależny

S O Z

Poruszanie się  
Toaleta  
Przyjmowanie posiłków  
Wydalenie  
Organizacja czasu wolnego

### IV. STWIERDZA SIĘ, ZE OSOBA WYŻEJ WYMIENIONA W CHWILI BADANIA NIE WYMAGA HOSPITALIZACJI.

### V. OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ZAKŁADU LUB JEJ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.\*

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

.....  
( data i podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej przedstawiciela ustawowego\*)

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

\*) )niepotrzebne skreślić

Załącznik

do ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO O STANIE ZDROWIA  
osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZPO „SANUS”

Nazwisko i imię.....

PESEL.....

Informacje dodatkowe dla ZPO

1. Zażywane leki

<u>Lp</u>	<u>Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w</u> <u>chorobach przewlekłych</u>	<u>Postać leku</u>	<u>dawkowanie</u>
-----------	---	--------------------	-------------------

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

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