

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr PESEL.....

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

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

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

2. Układ oddechowy

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny*), ciśnienie krwi..... tętno/min.....

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):

.....
.....

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?

d) inne

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

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

LEKI POBIERANE NA STAŁE:.....

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

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić