

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego  
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

.....  
(data)

## ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

**Nazwisko i imię** osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego  
w Sokołowsku: .....

**Data urodzenia:** ..... **PESEL:** .....

**Adres:** .....

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

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

**AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI** (nazwa, dawkowanie):

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

**BADANIA PRZEDMIOTOWE:**

waga ..... wzrost ..... ciepłota ciała: .....

1. **Układ oddechowy:** wydolny – niewydolny

Duszność: nie – tak, spoczynkowa – wysiłkowa, kaszel: nie – tak, jaki .....

Plwocina: śluzowa – pienista – ropna – krwista

Rurka tracheotomijna: nie – tak (rozmiar, data założenia): .....

2. **Układ krążenia:**

Wydolny – niewydolny (stopień wg NYHA) ....., RR ..... mmHg, tętno/min .....

Sinica: nie – tak, obwodowa – centralna, obrzęki (umiejscowienie) .....

Zaburzenia rytmu serca: nie – tak (jakie) .....

Stymulator serca: nie – tak (typ, rok założenia, przyczyna) .....

Omdlenia: nie – tak (przyczyna) .....

3. **Układ pokarmowy:**

Stan odżywienia: norma – otyłość – kacheksja, BMI ....., rodzaj diety .....

Nietolerancje pokarmowe: nie – tak (jakie) .....

Stomia: nie – tak, biegunki/zaparcia: nie – tak .....

Sonda: odżywcza – odbarczająca, gastrostomia: nie – tak

Nieoperacyjna niedrożność jelit: nie – tak, nudności – wymioty: nie – tak

Zmiany w jamie ustnej: nie – tak (jakie) .....

4. **Układ moczowo – płciowy:**

Diureza: norma – wielomocz – skąpomocz – bezmocz

Nietrzymanie moczu: nie – tak; przerost gruczołu krokowego: nie – tak

Zakażenia dróg moczowych: nie – tak

Upławy: nie – tak (przyczyna i rodzaj wydzieliny) .....

**5. Układ ruchu:**

Ruchomość w stawach: pełna – ograniczona; osteoporoza: nie – tak  
Złamanie kości: nie – tak (umiejscowienie, data urazu, postępowanie dotychczas i dalsze)

**6. Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

Stan świadomości: pełna – ograniczona – chory nieprzytomny – stan wegetatywny  
Kontakt słowny: pełny – afazja; kontakt logiczny: pełny – brak  
Niedowład/porażenia: nie – tak (umiejscowienie)

Wzrok: prawidłowy – niedowidzenie – ślepotą – jaskra

Słuch: prawidłowy – niedosłyszenie – głuchota – aparat słuchowy

Sen: prawidłowy – odwrócenie rytmu dobowego – bezsenność; pobudzenie psychoruchowe: nie – tak

**7. Skóra:** zaróżowiona – blada – zażółcona - sinica; czysta - brudna; sucha - wilgotna,

Otarcie naskórka: nie – tak (lokalizacja): .....

Oparzenia: nie – tak (lokalizacja): .....

Owrzodzenia żylakowe: nie – tak (umiejscowienie, stan owrzodzenia, leczenie): .....

**8. Odleżyny:** nie – tak

Umiejscowienie odleżyn	Stopień zaawansowania	Rozmiar w cm <sup>2</sup>
Kość ogonowa i krzyżowa		
Kostka boczna (prawa-lewa)		
Kostka przyśrodkowa (prawa-lewa)		
Krętarz kości biodrowej (prawy-lewy)		
Pięta (prawa-lewa)		
Guz kulszowy (prawy-lewy)		
Inne obszary .....		

**Rozpoznanie zasadnicza:** .....

**Choroby współistniejące \*)**

Choroba zakaźna: tak – nie, jeśli tak to jaka? .....

Gruźlica: tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak – nie

Narkomania/alkoholizm: tak – nie

Choroba nowotworowa: tak – nie, , jeśli tak, to czy w fazie terminalnej: tak – nie

Choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka? .....

**Zakres opieki medycznej:** Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji: tak – nie

W chwili badania wymaga hospitalizacji: tak – nie

Proces diagnostyczny – terapeutyczny został zakończony: tak – nie

**II. Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo 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 i podpis lekarza – data)

\*) – niepotrzebne skreślić