

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

.....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

### 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 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) narkomania: tak - nie

d) inne.....

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

.....

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć lekarza