

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Placówki Całodobowej Opieki  
„Spokojna Przystań” .....  
rok urodzenia ..... PESEL .....  
Adres, tel. kontaktowy .....

1. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe  
leczenie, przebyte operacje .....

2. Badanie przedmiotowe – waga .....  
3. Skóra i węzły chłonne  
obwodowe .....

4. Układ  
oddechowy .....

5. Układ krążenia wydolny – niewydolny\*, ciśnienie krwi ..... tętno/min .....

6. Układ  
trawienia .....

7. Układ moczowo –  
płciowy .....

8. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

9. Układ nerwowy i narządy zmysłów .....

10. Rozpoznanie (choroba zasadnicza i choroby współistniejące) .....

.....  
11. Dotychczasowe leczenie .....

.....  
12. Schorzenia współistniejące\*

choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka? .....

gruźlica tak – nie

narkomania tak – nie

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

uczulenia tak – nie, jeśli tak to jakie? .....

**Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.**

Oświadczanie osoby ubiegającej się o umieszczenie w Placówce Całodobowej Opieki „Spokojna Przystań” w Chomiąży lub jego przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o umieszczenie w Placówce Całodobowej Opieki „Spokojna Przystań” w Chomiąży.

.....  
data i podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie w Placówce Całodobowej Opieki „Spokojna Przystań”

.....  
pieczęć i podpis lekarza