……
(Pieczęć nagłówkowa placówki kierującej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

……
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

……
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

……
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki): ……...
……..
……..
……..
……..

II. Badanie przedmiotowe: waga (kg) ……..…. wzrost (cm) …..…... ciepłota (^{0}C) …..…... BMI ……...

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe: ……..
……..
2. Układ oddechowy: ……..
……..
……..
3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny*, BP (mmHg) ……HR (ud/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) w języku polskim oraz wg ICD – 10 ……..
……..
9. Schorzenia współistniejące:
a) choroba zakaźna (TAK/NIE)*
jeśli tak, to jaka? ……..
b) gruźlica (TAK/NIE)*
jeśli tak, to jaka i czy w stadium zakaźnym? ……...
c) kolonizacja szczepami lekoopornymi (TAK/NIE)*
jeśli tak, to jaki patogen i z jakiego materiału wyhodowany? …….
……..
zastosowana antybiotykoterapia? ……
……..
d) uzależnienia (TAK/NIE)*
jeśli tak, to od jakich substancji? …….
e) choroba psychiczna (TAK/NIE)*
jeśli tak, to jaka?……...

III. Stwierdza się, że świadczeniobiorca wyżej wymieniony, wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji:

……
(pieczęć i podpis lekarza, data)