

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i Imię

.....
.....

Rok urodzenia

Adres

.....
.....

I. Wywiad i główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie:

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

....

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 trawienny:

5. Układ moczowo-płciowy:

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi:

.....

7. Układ nerwowy i narządów 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) choroba psychiczna: tak / nie, jeśli tak, to jaka?

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

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)