

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Medycznego Eden

.....

rok urodzenia

adres.....

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

.....

.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... ..wzrostciepłota

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) 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.

IV. 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 Centrum Medycznego Eden lub jej przedstawiciela ustawowego*)

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

*) Niepotrzebne skreślić