**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

Rok urodzenia …………… adres ………………………………………………………………

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

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

**II. Badanie przedmiotowe**: waga…………….. wzrost…………...…temp. ciała……………

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 stopnia samodzielności i samoobsługi.........................................................

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

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów..........................................................................................

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

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza): .........................................................................................

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

9. Schorzenia współistniejące:

a) Choroba zakaźna – TAK/NIE\*, jeśli istnieje to jaka? .............................................................

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

b) narkomania – TAK/NIE\*

c) gruźlica – TAK/NIE\*, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym – TAK/NIE\*

d) choroba psychiczna – TAK/NIE\*, jeśli tak to jaka? ................................................................

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

III. Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

……………………….. ………………………………….

Miejscowość, data (podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić