

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO

Nazwisko i imię

osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

.....
Data, miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

.....
I. Badania przedmiotowe : waga....., wzrost....., ciśnienie krwi....., tętno.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia:.....

4. Układ trawienia:.....

.....
5. Układ moczowo-płciowy:.....

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

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

.....
II. Przewlekłe choroby i zaburzenia somatyczne.....

.....
III. Przewlekła choroba zakaźna , w tym gruźlica (określenie stadium).....

.....
IV. Nazwy leków przyjmowanych w przewlekłych chorobach i zaburzeniach somatycznych
(postać, dawkowanie).....

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)