

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską/

lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną

praktykę lekarską

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Nr PESEL .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

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 zmysłu: .....
- .....
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza): .....
- .....
- .....
9. Schorzenia współistniejące:
- a. choroba zakaźna tak/nie\*. Jeżeli tak, to jaka: .....
  - b. gruźlica tak/nie\*, stadium zakaźne tak/nie\*
  - c. choroba psychiczna tak/nie\*. Jeżeli tak, to jaka .....
  - .....
  - d. inne: .....
  - .....
  - .....
  - .....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona w dniu wypełniania zaświadczenia:

- 1. wymaga/nie wymaga\* całodobowej opieki,
- 2. wymaga/nie wymaga\* całodobowej pielęgnacji,
- 3. wymaga/nie wymaga rehabilitacji\*, jakiego typu: .....
- 4. wymaga/nie wymaga hospitalizacji\*

Leki przyjmowane systematycznie: .....

.....

.....

.....

.....

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

---

\*niepotrzebne skreślić