

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego
w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

Nazwisko i imię..... rok urodzenia
adres

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

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 trawienia

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – psychiczna, wraz z 4-znakowym kodem rozpoznania wg ICD-10):

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

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

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w przewlekłych schorzeniach	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Numer Oddziału NFZ pacjenta

Imię i nazwisko lekarza kierującego

Telefon kontaktowy

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)

* Niepotrzebne skreślić