

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

.....
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do opieki dziennej)

PESEL.....Zamieszkały(a).....

I. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

II Wywiad:

III Schorzenia współistniejące*:

-
-
- choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak, to jaka?.....
- narkomania **tak – nie**
- alkoholizm **tak – nie**
- choroba psychiczna **tak – nie, jeśli tak , to jaka ?**.....
- choroba nowotworowa **tak – nie, jeśli tak , to jaka ?**.....

IV Badanie przedmiotowe:

- Waga.....wzrosttemp. ciała RR krwi.....
- Stan skóry:

V Uczulenia na lek, pokarmy i inne:

VI Szczepienia:.....

VII Dieta:

VIII Informacje dodatkowe:

IX Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga*:

- gimnastyki ogólnousprawniającej **tak – nie**
- fizjoterapii **tak – nie, jeśli tak:**

Rozpoznanie:.....

Przeciwwskazania.....

*właściwe podkreślić

ZALECONE LEKI:

Nazwa leku	Dawkowanie			Data	Podpis i pieczęć lekarza	Uwagi
	Rano	W południe	Wieczorem			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

.....
(Pieczęć przychodni)

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