



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DANE PACJENTA

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Data i miejsce urodzenia)

.....
PESEL

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Dane o rodzinie pacjenta – imię i nazwisko, adres, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa)

WYWIAD LEKARSKI

Podstawowa jednostka chorobowa ICD-10:.....
.....
.....

Choroby współistniejące:.....
.....
.....

Badania przedmiotowe: RR...../..... Tętno..... Temp. Ciała.....

Waga: Wzrost:.....

Skóra i węzły chłonne.....

Układ trawienny:.....

Układ moczowo-płciowy:.....

Układ narządu ruchu:.....

Układ nerwowy i narządy zmysłów:.....

FORMY SPRAWOWANIA OPIEKI

Pielęgnacja: Konsultacje lekarskie:
Odżywianie: Rehabilitacja.....
Terapia zajęciowa: Terapia psychologiczna:
Profilaktyka p/odleżynowa: Tlenoterapia:.....

FARMAKOTERAPIA

Stosowane leki i dawkowanie:
.....
.....
.....

DIETA

WYSTĘPOWANIE ZMIAN SKÓRNYCH

Odleżyny – stopień, miejsce występowania.....
Inne zmiany skórne:.....
Stosowane środki lecznicze:.....

ZALECENIA REHABILITACYJNE

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

ZLECENIA LEKARSKIE/WSKAZANIA KONSULTACYJNE

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

WSKAZANIA PIEŁĘGNIARSKIE

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

.....
Data wydania zaświadczenia

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis lekarza