

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
Data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OSOBY STARAJĄCEJ SIĘ O MIEJSCE W DOMU
OPIEKI SENIOR PARK**

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Nr PESEL

4. Krótki opis zdrowia (główne dolegliwości, dotychczasowe leczenie, nałogi:

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

5. Choroba zasadnicza:.....

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

6. Choroby współistniejące:

a. choroba zakaźna: tak/nie (właściwe podkreślić)

Jeżeli tak, to jaka:

b. choroba psychiczna: tak/nie (właściwe podkreślić)

Jeżeli tak, to jaka:

.....

c. cukrzyca:.....

7. Skóra (odleżyny/rany/inne).....

