

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
Wydane dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Imię i nazwisko PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalach, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji i specjalistycznych załączonych do zaświadczenia.

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

8. Odleżyny

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji TAK/NIE

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Informacja dotycząca pacjenta z **rozpoznaniem zespołu psycho-organicznego**, proszę o dokładniejsze sprecyzowanie tego rozpoznania. W szczególności proszę o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy pacjent przejawia objawy agresji w stosunku do otoczenia i w jakim nasileniu:
.....
.....

2. Czy występują objawy depresji (myśli samobójcze)?
.....
.....

3. Czy dominuje zespół otępienny?
.....

4. Czy pacjent wymaga sztucznego karmienia?
.....

5. Czy był leczony w szpitalu psychiatrycznym i czy zażywa leki psychotropowe?
.....
.....

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie