



.....

Data.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
lekarza z indywidualną praktyką lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Aktywnego Seniora w Rajczy

.....

2. Data urodzeni lub pesel

.....

3. Adres zamieszkania

.....

4. Rozpoznanie (KOD ICD 10)

.....

- Wywiad/ główne dolegliwości, początek i przebieg choroby/

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

- Obecnie zażywane leki (dawka i krotność)

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

- Stan skóry (obecność owrzodzeń , odleżyn, odparzeń- stopień, umiejscowienie i zastosowane leczenie)

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

