

## ORZECZENIE LEKARSKIE

### A Wywiad lekarski (dotyczy kandydatka do domu pomocy społecznej)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsce zamieszkania)

Czy używa:

1. Przedmiotów ortopedycznych (no. obuwia ortopedycznego, protez kończyn, wózka inwalidzkiego)

**TAK\***

**NIE\***

Jeśli tak to jakich?

.....

2. Środków pomocniczych (okularów, aparatu słuchowego, rurki tchawicznej, itp.)

**TAK\***

**NIE\***

Jeśli tak to jakich?

.....

3. Innych przedmiotów niezbędnych w procesie leczenia i rehabilitacji

**TAK\***

**NIE\***

Jeśli tak to jakich?

Proszę podać potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

### B Wyniki badania lekarskiego:

1. Wyniki badań dodatkowych (rtg klatki piersiowej, odczyn Wassermanna, badania krwi, moczu, EKG, itp.) stanowią załącznik do niniejszego badania.

2. Stan obecny opis
- .....
- .....
- .....

Czy stwierdza się :  
a/ chorobę zakaźną  
Jeśli tak, to jaką?

**TAK\***

**NIE\***

.....  
.....

b/ gruźlicę  
Jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym?

**TAK\***

**NIE\***

**TAK\***

**NIE\***

UWAGI uzupełniające:

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

.....  
(miejsowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza)