

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

dotyczące kandydata na uczestnika Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy typu B

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce zamieszkania

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

5. Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....

6. Ogólny stan zdrowia pacjenta

.....
.....

7. Zmiany skórne, uczulenia

.....
.....

8. Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny

.....
.....

9. Sprawność w zakresie lokomocji (czy występują problemy)

.....
.....

10.Czy występują ataki padaczki (jeśli tak, podać częstotliwość ataków, zwiastuny,
okoliczności, data ostatniego ataku)

.....
.....

11.Uwagi uzupełniające i zalecenia

.....
.....

12. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych
w Środowiskowym Domu Samopomocy typu B*?

TAK NIE

* - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)