

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.....
2. Adres zamieszkania
3. PESEL.....
4. Rozpoznanie
5. Ocena fizycznego stanu zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy:
Według wskazań lekarskich:
 - zdrowy,
 - choroba zakaźna,
 - choroba skóry,
 - choroba układu oddechowego,
 - choroby przenoszone drogą płciową,
 - cukrzyca,
 - epilepsja,
 - autyzm,
 - inne
6. Ocena sprawności ruchowej osoby*:
 - porusza się samodzielnie,
 - porusza się z pomocą innych osób,
 - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
 - nie porusza się samodzielnie (na wózku inwalidzkim).
7. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych*:
 - samodzielny,
 - wymaga częściowej pomocy,
 - wymaga stałej opieki,
 - zupełnie niesamodzielny.
8. Na podstawie oceny stanu zdrowia stwierdza się, że
Pan/Pani może/nie może* brać udział/u w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy.
9. Ewentualne zalecenia dotyczące rehabilitacji, diety lub działań opiekuńczo - pielęgnacyjnych, pobierania leków:
10. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie

* - odpowiednie zakreślić, bądź dopisać jeżeli nie znajdują się we wskazanym formularzu

.....
(podpis i pieczęć lekarza)