

## ZASWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy .....
2. Data urodzenia.....
3. Rozpoznanie .....
- .....
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta.....
- .....
- .....
5. Zmiany skórne.....
- .....
6. Wzrost..... 7. Waga.....
8. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby z niepełnosprawnością fizyczną: .....
- .....
- .....
9. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?).....
- .....
10. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?.....
- .....
11. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
- .....
- .....
12. Uwagi uzupełniające i zalecenia.....
- .....
- .....
13. Konsultacje specjalistyczne (jakie?).....
- .....
14. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestniczenie w zajęciach grupowych w ŚDS ?

TAK

NIE

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)