

.....
pieczęćka przychodni

.....
miejscowość, dzień, miesiąc, rok

Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Szczytnie

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie (jednostka chorobowa) :

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

2. Wskazania farmakologiczne :

.....
.....

3. Wskazania do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy : *

☐ brak przeciwwskazań

☐ istnieją przeciwwskazania, jeżeli tak, to jakie ? :

.....
.....

4. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej : *

☐ porusza się samodzielnie

☐ porusza się z pomocą

☐ korzysta ze sprzętu ortopedycznego

☐ wymaga dowozu z miejsca zamieszkania do placówki

5. Czy aktualnie stwierdza się : *

chorobę zakaźną ☐ NIE ☐ TAK jeżeli tak, to jaką :

chorobę psychiczną ☐ NIE ☐ TAK jeżeli tak, to jaką :

czy chory może być niebezpieczny dla siebie : ☐ TAK ☐ NIE , dla innych osób : ☐ TAK ☐ NIE

jeżeli tak, to dlaczego :

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Wstawić znak **X** we właściwe miejsce

