

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Zaświadczenie wydaje lekarz pierwszego kontaktu dla osoby psychicznie chorej ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

(wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

1. Imię i nazwisko, data urodzenia/PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

2. Adres

.....

3. Data urodzenia

4. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych w Środowiskowym Domu Samopomocy

TAK / NIE*

5. Stan zdrowia

.....

.....

.....

6. Choroby przewlekłe

.....

.....

.....

7. Określenie sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza pierwszego kontaktu)

* Niepotrzebne skreślić