

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*
(dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy)

1. Imię i nazwisko.....

2. Nr pesel.....

3. Miejsce zamieszkania

.....

4. Rozpoznanie.....

.....

5. Ocena stanu zdrowia.....

.....

.....

6. Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ŚDS?:

TAK (jakie)

NIE

.....

.....

7. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:.....

.....

.....

.....

8. Uwagi i zalecenia.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

*druk zaświadczenia w oparciu o Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 09.12.2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (DZ.U. Nr 238 poz.1586z póź. zm.) oraz prawidłowe funkcjonowanie ŚDS.