

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:
.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. 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).
5. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych*:
 - samodzielny;
 - wymaga częściowej pomocy;
 - wymaga stałej pomocy;
 - zupełnie niesamodzielny.
6. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu, wzroku):
.....
.....
7. Informacja o innych schorzeniach, zażywanych lekach:
.....
.....
8. Przeciwwskazanie/brak przeciwwskazań* do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy.
9. Uwagi uzupełniające i zalecenia:
.....
.....
.....
10. Pacjent może samodzielnie dojeżdżać do Środowiskowego Domu Samopomocy w Jastrzębiu-Zdroju:
tak/nie*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

*Właściwe proszę zakreślić