

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
gabinetu lekarskiego

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
o stanie zdrowia dla osób ubiegających się o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Przechlewie

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
2. ADRES ZAMIESZKANIA
-
3. DATA URODZENIA
4. STAN ZDROWIA (m.in. rozpoznanie choroby zasadniczej, choroby współistniejące, przebyte operacje ect.)
-
-
-
5. UCZULENIA, CHOROBY ZAKAŻNE
-
6. DIETY
-
7. PRZYJMOWANE LEKI I DAWKOWANIE
-
-
8. CZY ISTNIEJĄ JAKIEŚ PRZECIWSKAZANIA DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY?
-
-
9. SPRAWNOŚĆ W ZAKRESIE LOKOMOCJI (dotyczy osoby niepełnosprawnej fizycznie)
-
9. UWAGI I ZALECENIA LEKARZA
-
-

.....
podpis i pieczęć lekarza