

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ choroba psychiczna

☐ upośledzenie umysłowe

☐ padaczka

☐ schorzenia układu krążenia

☐ inne (jakie?)

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....

.....

4. Przeciwwskazania / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w ŚDS (właściwe zakreślić).

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)