

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY
I OŚRODKA WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

.....

2. Ogólny stan zdrowia:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy?

Jeśli tak to jakie?:

:.....
.....

4. Sprawność w zakresie lokomocji i samoobsługi:

.....
.....
.....
.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....
.....
.....

5. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis lekarza rodzinnego)