

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy (ŚDS):

.....

2. Data urodzenia:.....

3. Rozpoznanie:

.....

.....

.....

4. Sprawność lokomocyjna (czy porusza się samodzielnie, czy wymaga zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny?):

.....

.....

.....

5. Czy wymaga regularnego stosowania leków? TAK / NIE \*

Jeśli TAK - to jakie są to leki, w jaki sposób są dawkowane?

.....

.....

.....

6. Czy występują ataki padaczki? TAK / NIE \*

Jeśli TAK - to proszę podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności występowania, datę ostatniego ataku:

.....

.....

7. Jest osobą przewlekle chorą, stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego: TAK / NIE \*

8. Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki: - stale TAK / NIE \*

- okresowo TAK / NIE \*

\* niewłaściwe skreślić

9. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez ŚDS (właściwe zaznaczyć) :

- opieka nad osobami niepełnosprawnymi
- terapia ruchowa
- terapia zajęciowa
- konsultacje psychologiczne
- konsultacje z lekarzem psychiatrą
- konsultacje z neurologiem
- działania zapobiegawcze

10. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach ŚDS?

TAK / NIE \*

11. Uwagi uzupełniające i zalecenia:

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza)

\* niewłaściwe skreślić