.....

(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
dotyczące uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Rozpoznanie .....
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta .....
.....
5. Zmiany skórne .....
.....
6. Wzrost .....
7. Waga .....
8. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?) .....
.....
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie? .....
.....
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
.....
.....
11. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych:
    - samodzielny,
    - wymaga częściowej pomocy,
    - wymaga stałej pomocy,
12. Ocena sprawności ruchowej osoby:
    - porusza się samodzielnie,
    - porusza się z pomocą innych osób,
    - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
    - porusza się na wózku inwalidzkim
13. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji
(wpisać w przypadku osób z niepełnosprawnością fizyczną)
……
……

14. Uwagi uzupełniające i zalecenia .....
.....
.....
15. Konsultacje specjalistyczne (jakie?) .....
.....
.....
16. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?
TAK NIE

....
(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)