

.....
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

.....
Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO
DOMU SAMOPOMOCY**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania /pobytu/

1. Opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecane stałe leki, hospitalizacje:

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

2. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby:.....

.....
.....

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

.....

4. Od kiedy osoba pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

5. Ewentualne uwagi/ koniecznych konsultacji specjalistycznych.....

.....
.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie)