

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
dotyczące kandydata na uczestnika Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy typu B

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce zamieszkania
4. Rozpoznanie choroby zasadniczej
-
-
5. Choroby współistniejące, przebyte operacje
-
-
6. Ogólny stan zdrowia pacjenta
-
7. Zmiany skórne, uczulenia
-
8. Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny
-
-
9. Sprawność w zakresie lokomocji (czy występują problemy)
-
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak, podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, data ostatniego ataku)
-
-
11. Uwagi uzupełniające i zalecenia
-
-
12. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych w Środowiskowym Domu Samopomocy typu B*?
- TAK NIE

* - dla osób upośledzonych umysłowo

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)