Zaświadczenie wydaje lekarz rodzinny dla osoby

ubiegającej się o przyjęcie do środowiskowego domu samopomocy typu B lub D

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego**

1. Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………
2. Data urodzenia……………………………………………………………………………………………………………
3. Rozpoznanie………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Ogólny stan zdrowia ……….………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Zlecone leki, dawkowanie…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Uczulenia

TAK NIE\*

jakie? …………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zmiany skórne

TAK NIE\*

jakie? …………………………………………………………………………………………………………………………

1. Sprawność ruchowa

- czy porusza się samodzielnie TAK NIE\*

- czy używa przedmiotów ortopedycznych TAK NIE\* (obuwie ortopedyczne, protezy, wózek inwalidzki, inne………………………………………………………………………………………………………………………)

1. Środki pomocnicze- czy używa środków pomocniczych (okulary, aparat słuchowy, rozrusznik serca, inne…………………………………………………………………………………………………………………………….)
2. Dieta……………………………………………………………………………………………………………………………
3. Wyniki badań, na podstawie których stwierdza się:

- gruźlica/WZW/HIV/inne \*………………………………………………………………………………

1. Czy istnieją przeciwskazania do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy? TAK NIE\*
2. Uwagi uzupełniające i zalecenia

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………. ………………………………………………

(miejscowość, data) (podpis)

\*niewłaściwe skreślić