

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu

Samopomocy w Szczypkowicach:.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ schorzenia układu krążenia
- ☐ inne (jakie?)

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....
.....

4. Inne choroby

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

5. Przyjmowane leki i dawkowanie

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

6. Przeciwwskazania / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w ŚDS (właściwe
zakreślić).....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)