

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1) **Imię i nazwisko**.....

2) **Wiek**.....

3) **Rozpoznanie choroby**.....

.....

.....

4) **Jest osobą:**

- Zdrową
- Przewlekłe chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego
- Stan zdrowia nie pozwala na uczestnictwo w terapii zajęciowej w ŚDS

5) **Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:**

- tak

- nie

6) **Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy świadczeń:**

1. opieka nad niepełnosprawnym
2. rehabilitacja lecznicza
3. rehabilitacja społeczna
4. terapia psychologiczna
5. inne – jakie?

.....

.....

7) **Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

.....

.....

8) **Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do korzystania z formy wsparcia jaką jest ŚDS?**

1) Tak

2) nie

.....

.....

Miejscowość i data

podpis i pieczęć lekarza

