

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **lekarza rodzinnego**

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gostyniu

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

II. Istotne dane:

1. Informacja o ogólnym stanie zdrowia

2. Informacja o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy*:

- Czy przejawia zachowania autoagresywne?
Tak / Nie
- Czy przejawia zachowania agresywne w stosunku do innych?
Tak / Nie
- Czy jest nosicielem chorób zakaźnych?
Tak / Nie
- Czy sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?
Tak / Nie
- Czy samodzielnie spożywa posiłki?
Tak / Nie
- Czy występują inne niż wymienione powyżej przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy? (jeśli tak, jakie?)
Tak / Nie

3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób z niepełnosprawnością fizyczną**

- porusza się samodzielnie,
- porusza się przy pomocy sprzętu ułatwiającego (chodzik, kije),
- porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego,
- wymaga pomocy innych osób.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*odpowiednie zaznaczyć

** w odpowiednie miejsce wstawić znak „X”