

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.....
2. Adres zamieszkania .....
3. PESEL.....
4. Rozpoznanie .....
5. Ocena fizycznego stanu zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy:  
Według wskazań lekarskich:
  - zdrowy,
  - choroba zakaźna,
  - choroba skóry,
  - choroba układu oddechowego,
  - choroby przenoszone drogą płciową,
  - cukrzyca,
  - epilepsja,
  - autyzm,
  - inne ..... \*
6. Ocena sprawności ruchowej osoby\*:
  - porusza się samodzielnie,
  - porusza się z pomocą innych osób,
  - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
  - nie porusza się samodzielnie (na wózku inwalidzkim).
7. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych\*:
  - samodzielny,
  - wymaga częściowej pomocy,
  - wymaga stałej opieki,
  - zupełnie niesamodzielny.
8. Na podstawie oceny stanu zdrowia stwierdza się, że  
Pan/Pani ..... może/nie może\* brać udział/u w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy.
9. Ewentualne zalecenia dotyczące rehabilitacji, diety lub działań opiekuńczo - pielęgnacyjnych, pobierania leków: .....
- .....
- .....
10. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie .....
- .....
- .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)