

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach
w Środowiskowym Domu Samopomocy w Wolbromiu

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie.....
.....
.....
4. Ogólny stan zdrowia.....
.....
.....
5. Zmiany skórne.....
.....
6. Wzrost.....
7. Waga.....
8. Czy wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
.....
.....
.....
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?.....
.....
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny,
okoliczności, datę ostatniego ataku).....
.....
.....
11. Czy jest sprawny w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.....
.....
.....
12. Uwagi uzupełniające i zalecenia
13. Konsultacje specjalistyczne.....
.....
.....
14. Czy ocena stanu zdrowia pozwala na uczestniczenie w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

