*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/lekarza rodzinnego o stanie zdrowia/

1. **Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy**

 ……………………….

*/imię i nazwisko, data urodzenia/*

……………………..

*/adres zamieszkania/*

1. **Stan zdrowia (m.in. rozpoznanie choroby zasadniczej, choroby współistniejące, przebyte operacja ect.)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uczulenia, choroby zakaźne

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Diety:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie/ przeciwskazania do uczestnictwa w zajęciach:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….. ………………………………………….

 */Miejscowość i data/ /Podpis i pieczęć lekarza /*