

ZASWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY
TYPU B**(dla osób z upośledzeniem umysłowym):**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu Samopomocy typu B
(dla osób z upośledzeniem umysłowym):

.....
zam.....

2. Stan zdrowia **pozwala/nie pozwala** na udział w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy w
Pewli Wielkiej

3. Czy są przeciwwskazania do udziału w terapii dziennej ośrodka dla osób z upośledzeniem umysłowym:

TAK	<input type="checkbox"/>
NIE	<input type="checkbox"/>

4. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej:

.....
.....
.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego
domu samopomocy o ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami:

.....
.....
.....

6. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

- a. osoba porusza się samodzielnie

TAK	<input type="checkbox"/>
NIE	<input type="checkbox"/>

- b. osoba porusza się o kulach

NIE	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

TAK	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

- c. osoba porusza się na wózku inwalidzkim

TAK	<input type="checkbox"/>
NIE	<input type="checkbox"/>

1. Lekarz prowadzący (imię, nazwisko, adres, numer telefonu):

.....

2. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

- Niewłaściwe skreślić – dotyczy punktu 2
- We właściwe miejsce wstawić X – dotyczy punktu 3 i 6