

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Wiek

3. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy? *

TAK

NIE

4. Choroby somatyczne;

Diagnoza:

.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

.....

.....

5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom samopomocy:

- ✓ Pielęgnacja chorych
- ✓ Pielęgnacja i opieka na d niepełnosprawnym
- ✓ Leczenie, badanie i porady lekarskie
- ✓ Rehabilitacja lecznicza
- ✓ Badania i terapii psychologiczna
- ✓ Działania zapobiegawcze

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy? *

TAK

NIE

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry *
(w przypadku zaburzeń psychicznych)

TAK

NIE

Zalecana konsultacja psychologa *
(w przypadku upośledzenia umysłowego lub ośpienia)

TAK

NIE

Miejscowość i data

.....

*właściwe zakreślić

Podpis i pieczętka lekarza