

.....  
( pieczęć zakładu)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia**  
dla potrzeb uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Rozpoznanie .....
- .....
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta .....
- .....
- .....
5. Zmiany skórne .....
- .....
6. Wzrost .....
7. Waga .....
8. Czy osoba 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. Uwagi uzupełniające i zalecenia .....
- .....
- .....

12. Konsultacje specjalistyczne (jakie?) .....

.....

.....

13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w Środowiskowym Domu Samopomocy ?

TAK

NIE

14. Informacja na temat sprawności w zakresie lokomocji dla osoby niepełnosprawnej fizycznie

.....

.....

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis i pieczęć lekarza)