

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI W JEZYKU POLSKIM)

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

.....

2. Wiek:

..... lat

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

- a) tak
- b) nie

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza:
.....
.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):
.....
.....

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?

- a) tak (proszę uzasadnić).....
- b) nie

Wyjaśnienie: Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy jest: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy, dla osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.

.....
Miejscowość i data:

.....
Podpis i pieczętka lekarza