

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
zamieszkałej.....

2. Rozpoznanie choroby oraz choroby współistniejące

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

3. Ocena sprawności

4. Jest osobą chorą psychicznie i jej stan zdrowia nie wymaga leczenia stacjonarnego*

5. Wymaga ze względu na stan zdrowia opieki stałej * lub okresowej*

TAK*

NIE *

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy

7. Pan/Pani

Kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy

TAK*

NIE*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*Właściwe podkreślić