

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Hrubieszowie

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres.....

Stan zdrowia.....

.....

.....

.....

Stan zdrowia nie wymaga w chwili obecnej leczenia w warunkach szpitalnych*

TAK* **NIE***

Występujące ograniczenia w zakresie lokomocji osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy*

TAK* **NIE***

.....
Uzasadnienie np. osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki i wsparcia innych osób **okresowo***

TAK* **NIE***

Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy*

TAK* **NIE***

Jeśli tak to jakie.....

* właściwe podkreślić

Zaświadczenie wydane na prośbę zainteresowanego zgodnie z §7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (tj. Dz. U. z2020 poz.249)

.....
(miejscowość i data)

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