

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....

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 nad osobą z niepełnosprawnością
- Leczenie, badania i porady lekarskie
- Rehabilitacja lecznicza
- Badania i terapia 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 otępienia)

TAK

NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć

* właściwe zaznaczyć