/Pieczątka przychodni/

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1.Imię i nazwisko, PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Strzelcach Opolskich ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2.Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3.Wskazania/przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Opis sposobu poruszania się osoby badanej …………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….. ……………………………………………

 / miejscowość i data/ /podpis i pieczęć lekarza/