

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA INTERNISTY

dotyczące możliwości uczestniczenia w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy w Otwocku

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Rozpoznanie.....
.....
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta
5. Zmiany skórne.....
6. Wzrost..... waga.....
7. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?).....
.....
8. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
-
9. Czy występują ataki padaczki: tak/nie
Jeżeli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
.....
10. Uwagi uzupełniające i zalecenia.....
11. Alergie, uczulenia.....
12. Konsultacje specjalistyczne (jakie ?).....
13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych w ŚDS
TAK NIE
14. Czy są przeciwwskazania do korzystania z zajęć ruchowych, w tym z basenu.....
.....
.....
15. Czy pacjent z uwagi na niepełnosprawność fizyczną bądź zaburzenia zachowania wymaga dowożenia do ŚDS z miejsca zamieszkania i odwożenia po zajęciach zgodnie z zapisem § 20 Rozporządzenia w sprawie środowiskowych domów samopomocy Dz.U. nr 238 poz. 1586
Tak
Nie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)