

(pieczęć zakładu)

ZASŁOWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
dotyczące uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie.....
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta

5. Zmiany skórne

6. Wzrost
7. Waga
8. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)

9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?

10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....

11. Uwagi uzupełniające i zalecenia

12. Konsultacje specjalistyczne (jakie?)

13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza)