……. ……. dnia…….

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb ubiegania się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowych Litewnikach

Zaświadczenie dotyczy:

Imię i nazwisko.....

zamieszkała(y).....

PESEL.....

Zaświadcza się, że w/w Pan/Pani nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy w Nowych Litewnikach, dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Informacje o sprawności w zakresie lokomocji (dotyczy osób niepełnosprawnych ruchowo):

…….
.....

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia pacjenta:

…….
.....

…….

(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego)

Zgodnie z § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy przy ubieganiu się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy należy przedłożyć zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.