

Zaświadczenie lekarza rodzinnego

- 1 Imię i nazwisko
- 2 Data urodzenia.....
- 3 Rozpoznanie
.....
.....
- 4 Ogólny stan zdrowia
.....
- 5 Złeczone leki, dawkowanie
.....
.....
.....
- 6 Uczulenia
TAK NIE* jakie?
.....
- 7 Zmiany skórne
TAK NIE* jakie?
.....
- 8 Sprawność ruchowa
- czy porusza się samodzielnie TAK NIE*
- czy używa przedmiotów ortopedycznych TAK NIE* (obuwie
 ortopedyczne, protezy, wózek inwalidzki, inne)
.....
- 9 Środki pomocnicze - czy używa środków pomocniczych (okulary, aparat słuchowy,
 rozzrusznik serca, pampersy, inne)
.....
- 10 Dieta.....
- 11 Wyniki badań, na podstawie których stwierdza się:
 -gruźlica/WZW/HIV/inne*
- 12 Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu
 Samopomocy? TAK NIE*
- 13 Uwagi uzupełniające i zalecenia
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis)

* niewłaściwe skreślić