pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy „Na Skarpie” w Gozdowie:

…….....

2. Wiek: ……

3. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy? *

TAK □ NIE □

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza: ……..……

……...

……..

Zalecenia: …….

……...

……..

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?*

choroba zakaźna TAK □ NIE □

gruźlica w stadium zakaźnym TAK □ NIE □

inne (podać) ……. TAK □ NIE □

6. Zalecana konsultacja lekarza psychiatry (w przypadku zaburzeń psychicznych)?*

TAK □ NIE □

7. Zalecana konsultacja psychologa (w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)?*

TAK □ NIE □

Miejscowość i data……. …….

podpis i pieczątka lekarza

*właściwe zakreślić