

.....
/pieczęć zakładu/

.....
/miejsowość, data/

Zaświadczenie o stanie zdrowia

/dla potrzeb uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy/

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Rozpoznanie

4. Ogólny stan zdrowia pacjenta

.....

.....

5. Konsultacje specjalistyczne (jakie?)

.....

6. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawki?)

.....

.....

7. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne funkcjonowanie?

.....

.....

8. Zmiany skórne

.....

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

ataku)?
.....
.....

10. Przeciwwskazania/lub ich brak do uczestnictwa w zajęciach :

a) gimnastyka poranna

b) zajęcia ruchowe: rower stacjonarny, aerobik, bieżnia, ćwiczenia na materacach, ćwiczenia ogólnousprawniające

c) fotele masujące

d) lampa bioptron

11. Sprawność w zakresie lokomocji

12. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w Środowiskowym Domu Samopomocy ?

TAK

NI E

13. Uwagi uzupełniające i zalecenia
.....

.....

/ podpis i pieczęć lekarza/