........................................................

Pieczęć placówki służby zdrowia

Biała Podlaska, dnia …………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**o stanie zdrowia i o braku przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy w Białej Podlaskiej**

IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA ……………………………………………………………………………

DATA I MIEJSCE URODZENIA ……………………………………………………………..............

1. ROZPOZNANIE CHOROBY: pacjent wykazuje inne zaburzenia czynności psychicznych tj. ……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

1. OGÓLNY STAN ZDROWIA ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ZMIANY SKÓRNE ………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

1. CZY PACJENT WYMAGA STAŁEGO STOSOWANIA LEKÓW (nazwa leku, dawkowanie) ..……………………………………………………………………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..........................

1. CZY WYSTĘPUJĄ SCHORZENIA SOMATYCZNE UTRUDNIAJĄCE CODZIENNE ŻYCIE? ……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

1. CZY WYSTĘPUJĄ ATAKI PADACZKI (częstotliwość, zwiastuny, data ostatniego ataku)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE (jakie) ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. INFORMACJA O SPRAWNOŚCI W ZAKRESIE LOKOMOCJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. CZY STAN ZDROWIA PACJENTA POZWALA NA UCZESTNICZENIE W ZAJĘCIACH W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W BIAŁEJ PODLASKIEJ?

TAK NIE

……...…………………………….

Pieczęć i podpis lekarza