

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy

2. Informacja o stanie zdrowia pacjenta i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach środowiskowego domu samopomocy

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

3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji niepełnosprawnych fizycznie

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

4. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....
.....

5. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis, pieczęć lekarza rodzinnego)