

Sławno, dnia .....

(Pieczęć placówki służby zdrowia)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach  
Środowiskowego Domu Samopomocy w Sławnie**

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

2. DATA URODZENIA/MIEJSCE.....

3. ROZPOZNANE CHOROBY.....

4. OGÓLNY STAN ZDROWIA .....

.....

5. ZMIANY SKÓRNE.....

6. WZROST.....

7. WAGA.....

8. CZY PACJENT WYMAGA STAŁEGO STOSOWANIA LEKÓW ( JAKICH, DAWKOWANIE )

.....

9. CZY WYSTĘPUJĄ SCHORZENIA SOMATYCZNE UTRUDNIAJĄCE CODZIENNE  
ŻYCIE.....

.....

10. CZY WYSTĘPUJĄ ATAKI PADACZKI ( CZĘSTOTLIWOŚĆ, ZWIASTUNY, DATA  
OSTATNIEGO ATAKU ).....

.....

11. CZY WYSTĘPUJĄ PRZECIWWSKAZANIA DO KORZYSTANIA Z USŁUG  
ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY SŁAWNIE.....

.....

12. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE  
( JAKIE ).....

.....

.....

13. INFORMACJA O SPRAWNOŚCI W ZAKRESIE LOKOMOCJI OSÓB  
NIEPEŁNOSPRAWNYCH FIZYCZNIE.....

.....

14. CZY STAN ZDROWIA PACJENTA POZWAŁA NA UCZESTNICZENIE W ZAJĘCIACH W  
ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W SŁAWNIE

TAK

NIE

.....

( pieczęć i podpis lekarza )