

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. PESEL:.....
4. Ocena sprawności ruchowej osoby\*:
  - porusza się samodzielnie,
  - porusza się z pomocą innych osób,
  - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
  - nie porusza się samodzielnie ( na wózku inwalidzkim),
5. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych:
  - samodzielny,
  - wymaga częściowej pomocy
  - wymaga stałej pomocy,
  - zupełnie niesamodzielny,
6. Ocena zdolności porozumiewania się: (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu, wzroku):  
.....  
.....  
.....
7. Informacje o innych schorzeniach, zażywanych lekach:  
.....  
.....  
.....
8. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań\* do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy.

**\*właściwe zakreślić**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza rodzinnego