

**Zaświadczenie dla osób ubiegających się o skierowanie do  
Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza rodzinnego/

### I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. PESEL .....
4. Adres zamieszkania .....

### II. Istotne dane

1. Ogólny stan zdrowia pacjenta .....
2. Rozpoznanie, zastosowane leczenie .....
- a) choroby somatyczne .....
- b) choroby neurologiczne .....
- c) choroby psychiczne .....
3. Informacja o zażywanych lekach (nazwy, dawkowanie) .....
4. Wzrost .....
5. Waga .....

### III. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo-płciowego
- choroby neurologiczne
- inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (jakie?) .....
- całościowe zaburzenia rozwojowe
- inne .....

### IV. Przeciwwskazania do udziału w zajęciach ŚDS w Nowym Dworze Mazowieckim:

- występują       nie występują

wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

- porusza się samodzielnie
- porusza się z pomocą innych osób
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

.....  
/miejsowość, data/

.....  
Podpis i pieczęć lekarza