

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE /lekarza rodzinnego/

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się do środowiskowego domu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi:
.....

2. Adres zamieszkania:
.....

3. Wiek:

4. Stan zdrowia:
.....
.....
.....

5. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy*

1. tak

2. nie

6. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji: **
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*właściwe zaznaczyć

**dotyczy osoby niepełnosprawnej fizycznie