

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI W JĘZYKU POLSKIM)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Wiek:

..... lat

3. Czy w/w. osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy?

a) tak

b) nie

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza: .....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie): .....

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?

a) tak ( proszę uzasadnić).....

b) nie

**Wyjaśnienie:** Przeciwwskazaniem do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy jest choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy, dla osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.

Miejscowość i data:

Podpis i pieczęć lekarza