**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

🞎 dysfunkcja narządu ruchu

🞎 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

🞎 dysfunkcja narządu słuchu

🞎 dysfunkcja narządu wzroku

🞎 choroba psychiczna

🞎 upośledzenie umysłowe

🞎 padaczka

🞎 schorzenia układu krążenia

🞎 inne (jakie?) …………………………………………………………………………………………………..

1. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przeciwwskazania / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w ŚDS (właściwe zakreślić).

……………………………………… …………………………………………....

 (miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)