

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób Dorosłych Przewlekłe Psychiczenie Chorych i Niepełnosprawnych Intelktualnie (typ ABC) w Białych Błotach z siedzibą w Cielu ul. Ogrody 1.

-
2. Wiek

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

Tak

Nie

4. Choroby somatyczne

Diagnoza :

.....

.....

.....

zalecenia (stosowane leki, dawkowanie)

-
-
-
5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy:

- pielęgnacja chorych
- pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym
- leczenie, badanie i porady lekarskie
- rehabilitacja lecznicza
- badanie i terapia psychologiczna
- działania zapobiegawcze

6. czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu samopomocy ?

Tak

Nie

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry
(w przypadku zaburzeń psychicznych)

Tak

Nie

Zalecana konsultacja psychologa
(w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)

Tak

Nie

.....

Miejscowość i data

.....

podpis i pieczętka lekarza

* właściwe podkreślić

