

OPINIA LEKARZA RODZINNEGO

dotycząca uczestnika Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce zamieszkania.....
4. Waga..... wzrost.....
5. Choroby somatyczne(jakie?).....
.....
.....
6. Leki przyjmowane na stałe(jakie?, dawkowanie).....
.....
.....
7. Ogólny stan zdrowia pacjenta
.....
8. Czy wymaga opieki osób trzecich do zaspokajania podstawowych potrzeb: tak nie*
9. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji
.....
10. Zmiany skórne (jakie?).....
11. Uczulenia (na co?).....
12. Czy choruje, bądź chorował na choroby zakaźne (jakie?)
.....
.....
13. Czy jest leczony na stałe u lekarza specjalisty(jakiego?).....
.....
.....
14. Od kiedy jest leczony specjalistycznie.....
15. Z jakiego powodu jest objęty specjalistyczną opieką lekarską.....
.....
.....
.....
16. Czy stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w terapii zajęciowej w ŚDS: tak nie*
17. Czy stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w zajęciach ruchowych (ćwiczenia na przyrządach,
ćwiczenia prowadzone, gry zespołowe) tak nie*

.....
Miejscowość i data.....
Podpis i pieczęć lekarza