

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA INTERNISTY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:
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, badania i porady lekarskie
- rehabilitacja lecznicza
- badanie i terapia psychologiczna
- działania zapobiegawcze

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

TAK

NIE

7. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?

.....
.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia

.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczętka lekarza