.....

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

1. **Imię i nazwisko**.....
2. **Wiek**.....
3. **Rozpoznanie choroby** .....

   .....

   .....
4. **Jest osobą**;
   1) Zdrową
   2) Przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego
   3) Stan zdrowia nie pozwala na uczestnictwo w terapii zajęciowej w ŚDS
5. **Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki**:
   1) Tak 2) Nie
6. **Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy świadczeń:**
   1) opieka nad niepełnosprawnym
   2) rehabilitacja lecznicza
   3) rehabilitacja społeczna
   4) terapia psychologiczna
   5) inne-jakie?

      .....

      .....
7. **Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące**

   .....

   .....

   .....
8. **Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do korzystania z formy wsparcia jaką jest ŚDS?**
   1) Tak 2) Nie

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć lekarza

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dla potrzeb rehabilitacji podopiecznych z ŚDS w Zagórzanach

1. Imię i nazwisko……
2. Wiek…….
3. Rozpoznanie choroby……...
4. Wskazania do kinezyterapii …….....
   ……
5. Przeciwwskazania do kinezyterapii…….
   ……
   ……
6. Wskazania do masażu …….
   ……
   ……
7. Przeciwwskazania do masażu …….
   ……
   ……
8. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące ……...
   ……
   ……
9. Przyjmowane obecnie leki ……..
   ……
   ……
10. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania z zajęć na basenie? ……...
    ……
    ……
11. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie ……
    ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA