

## Zaświadczenie lekarza rodzinnego

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy.

.....  
.....

2. Adres zamieszkania

.....  
.....

3. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej

.....  
.....  
.....

4. Informacja o tym czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w grupowych i indywidualnych zajęciach terapeutycznych w środowiskowym domu samopomocy o charakterze wspierająco-aktywizującym

a) TAK\*

(jakie?).....

.....

b) NIE\*

5. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji (dotyczy osób z niepełnosprawnością fizyczną)

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić