

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
dotyczące uczestnika Środowiskowego Domu Samopomocy
(Wypełnia Lekarz Rodzinny)

1. Imię i nazwisko:
2. Rozpoznanie
3. Ogólny stan zdrowia pacjenta
.....
4. Zmiany skórne
.....
5. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
.....
.....
6. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
.....
7. Czy występują problemy w zakresie lokomocji ?
.....
8. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, data ostatniego ataku)
.....
.....
9. Choroba zakaźna: TAK/ NIE jeśli tak to jaka?
.....
Gruźlica: TAK/ NIE jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: TAK/ NIE
10. Uwagi uzupełniające i zalecenia
.....
.....
11. Czy korzysta z innych poradni specjalistycznych (jakich?)
.....
12. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych w Środowiskowym Domu Samopomocy?

☐ TAK ☐ NIE