

.....  
(pieczęć zakładu)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy  
im. św. Matki Teresy z Kalkuty w Wadowicach**

1. Imię i nazwisko:.....
2. Data urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania:.....
4. Aktualny stan zdrowia (w tym informacje o schorzeniach utrudniających codzienne funkcjonowanie):  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Czy wymaga regularnego stosowania leków? (jakich i jakie dawkowanie): .....
6. Czy u występują ataki padaczki ? (jeśli tak, podać częstotliwość ataków, objawy, okoliczności, datę ostatniego ataku):.....  
.....  
.....
7. Sprawność w zakresie lokomocji (dot. osób niepełnosprawnych fizycznie):  
.....  
.....
8. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania z rehabilitacji ruchowej?  
TAK NIE
9. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy?  
TAK NIE
10. Uwagi uzupełniające i zalecenia: .....
- .....
- .....
- .....

.....  
( miejscowość i data)

.....  
( podpis i pieczęć lekarza)