

(pieczęć zakładu)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA INTERNISTY**

dotyczące uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Rozpoznanie .....

4. Ogólny stan zdrowia pacjenta .....

.....

.....

5. Zmiany skórne .....

6. Aktualna waga .....wzrost .....

7. Czy wymaga regularnego stosowania leków (jakich – dawkowanie)? .....

.....

.....

8. Czy występują ataki padaczki (jaka postać)? .....

.....

.....

9. Uwagi uzupełniające i zalecenia .....

.....

.....

10. Czy osoba wymaga leczenia specjalistycznego (jakiego)? .....

.....

.....

11. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na korzystanie z oferty ŚDS?

a) tak

b) nie

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)