

(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)