

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA INTERNISTY

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie.....
4. Opis stanu zdrowia pacjenta i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Domu
.....
.....
5. Zmiany skórne
6. Wzrost.....
7. Waga.....
8. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
10. Jeśli tak, to jakie:.....
11. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę
ostatniego ataku).....
.....
.....
12. Uwagi uzupełniające i zalecenia
13. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.....
.....
14. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., dn.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1/. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

2/. Szczegółowa diagnoza neurologiczna.....

.....

.....

.....

3/. Przebieg leczenia:

a/. data pierwszej hospitalizacji....., ostatniej.....

b/. liczba hospitalizacji....., łączny czas hospitalizacji.....

c/. główne powody hospitalizacji.....

.....

4/. Opis aktualnego stanu zdrowia neurologicznego osoby badanej, prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

5/. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy lub Domu Pomocy Społecznej

.....

.....

.....

6/. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu).....

.....

.....

7/. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza neurologa

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1/. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

2/. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna.....

.....

.....

.....

3/. Przebieg leczenia:

a/. data pierwszej hospitalizacji....., ostatniej.....

b/. liczba hospitalizacji....., łączny czas hospitalizacji.....

c/. główne powody hospitalizacji.....

.....

4/. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej, prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

5/. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o
skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy lub Domu Pomocy Społecznej

.....

.....

.....

6/. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu).....

.....

.....

7/. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza psychiatry