

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

dla kandydata na uczestnika ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W ŁODZI
przy ul. Ćwiklińskiej 5a w Łodzi

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres (miejsce zamieszkania).....

1. Rodzaj schorzenia *: a) choroba psychiczna b) niepełnosprawność intelektualna
c) inne d) spektrum autyzmu

2. Czy pacjent wymaga stałego przyjmowania leków? (nazwa i dawkowanie)

.....
.....
.....
.....

3. Wskazania/przeciwwskazania * do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy w Łodzi

.....
.....
.....
.....

4. Sprawność w zakresie lokomocji osób dla niepełnosprawnych fizycznie

-porusza się samodzielnie TAK / NIE *

(uwagi)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* właściwe podkreślić

Informacja: Uzyskanie zaświadczenia jest niezbędne celem skierowania w/w osoby do Środowiskowego Domu Samopomocy w Łodzi (§ 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (Dz. U. z 2020 r. poz. 249)