

.....  
Pieczęć Przychodni Rejonowej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.....
  2. Adres zamieszkania .....
  3. PESEL.....
  4. Rozpoznanie .....
  5. Ocena sprawności ruchowej osoby\* :
    - porusza się samodzielnie,
    - porusza się z pomocą innych osób,
    - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
    - nie porusza się samodzielnie (na wózku inwalidzkim).
  6. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych\* :
    - samodzielny,
    - wymaga częściowej pomocy,
    - wymaga stałej opieki,
    - zupełnie niesamodzielny.
  7. Na podstawie oceny stanu zdrowia stwierdza się, że  
Pan/Pani ..... może/nie może\* brać udział/u w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy.
  8. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie .....
- .....

(podpis i pieczęć lekarza)

\* - odpowiednio zakreślić, bądź dopisać jeżeli nie znajdują się we wskazanym formularzu