

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza rodzinnego/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy „OPOKA” w Przasnyszu przy ul. Ruda 1C:

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

II. Rozpoznanie kliniczne:

1. Choroby somatyczne.....
.....
.....
2. Choroby neurologiczne.....
.....
.....
3. Choroby psychiczne i zaburzenia zachowania
.....
.....
4. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu:

III. Istotne dane:

1. Przebieg schorzenia zasadniczego zastosowane leczenie
.....
.....
2. Informacja o zażywanych lekach (nazwy, dawkowanie)
.....
.....
.....
3. Rodzaj i stopień niepełnosprawności
.....
.....
4. Ocena stopnia samodzielności, samoobsługi
.....
.....
.....

IV. Badania przedmiotowe:

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

.....
.....

2. Układ oddechowy

.....
.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny, ciśnienie krwi

.....
.....

4. Układ trawienia

.....
.....

5. Układ moczowo - płciowy

.....
.....

6. Układ ruchu

.....
.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów

.....
.....

8. Choroby zakaźne

.....
.....

- a. Gruźlica:* tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

9. **Inne**.....
.....

V. Przeciwwskazania do udziału w zajęciach ŚDS w Przasnyszu przy ul. Ruda 1C:*

występują / nie występują

VI. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

***właściwe podkreślić**