

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

ZASWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
potwierdzające wskazania do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych
w Środowiskowym Domu Samopomocy w Dębnie

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia..... PESEL:

Adres zamieszkania.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba psychiczna
- upośledzenie umysłowe
- padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?)

Stwierdzam:

1. brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Środowiskowym Domu Samopomocy w Dębnie:

TAK NIE

2. wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy w Dębnie

- Ruchowych (kinezyterapii)

TAK NIE

- Sportowo-rekreacyjnych

TAK NIE

- Aktywizujących

TAK NIE

3. sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

TAK

NIE

Po przeprowadzonych konsultacjach zaświadczam, że wskazane/ niewskazane* jest uczestnictwo w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy.

.....
data badania lekarskiego

.....
podpis i pieczęć lekarza rodzinnego

* niepotrzebne skreślić

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. z późn. zm. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586)

§7.1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.