

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
O STANIE ZDROWIA I O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA
W ZAJĘCIACH ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

1. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:
Adres zamieszkania/pobytu*:

2. Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

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

3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....
.....

4. **Wskazania/przeciwskazania*** do uczestnictwa w zajęciach ŚDS:

.....
.....

Miejscowość:

Data:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Podstawa prawna:

§ 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2010 r. nr 238, poz. 1586 z późn. zm.)

* niepotrzebne skreślić