|  |
| --- |
| Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej |

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

1.Imię i nazwisko osoby ubiegającej się do Środowiskowego Domu Samopomocy w Czerminie.

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

2.Wiek ...............................................................................................................................................................

3.Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy w Czerminie?\*

TAK NIE

4.Choroby psychosomatyczne............................................................................................................................

5.Inne choroby(zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna).......................................................

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

6.Choroby somatyczne:

a)Wada wzroku:.................................................................................................................................................

b)Wada słuchu: ..................................................................................................................................................

c)Czy osoba jest nosicielem chorób zakaźnych?.................................................................................................

Jeżeli tak, to jakich?.........................................................................................................................................

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie): ......................................................................................................

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

d)Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie........................................

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

7.Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy:

•Pielęgnacja chorych,

•Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,

•Leczenie, badanie i porady lekarskie,

•Rehabilitacja lecznicza,

•Badania i terapia psychologiczna,

•Działania zapobiegawcze.

8.Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?\*

TAK NIE

Zalecana konsultacja psychiatry\* TAK NIE

*(w przypadku zaburzeń psychicznych)*

Zalecana konsultacja psychologa\*

*(w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)* TAK NIE

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

(Miejscowość i Data) (Podpis i pieczęć lekarza)

\*Właściwe zaznaczyć