

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Płońsku:

.....
.....

2. 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?)

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

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

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

4. Przeciwwskazania / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w ŚDS *:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego)

*właściwe zakreślić

