

.....
(pieczęć placówki ochrony zdrowia)

OPINIA LEKARZA RODZINNEGO
dotycząca osoby kierowanej do ŚDS w Brzozowcu

1. Imię i nazwisko osoby:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Rozpoznanie:

.....

.....

4. Ogólny stan zdrowia pacjenta

.....

.....

5. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich, dawkowanie ?)

.....

.....

6. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?

.....

.....

7. Czy występują ataki epilepsji? (częstotliwość ataków, okoliczności) ?

.....

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia w tym informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie:

.....

.....

.....

9. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych (treningach) grupowych i indywidualnych w środowiskowym domu samopomocy?

.....

.....

Miejscowość, data

(podpis i pieczęć lekarza)

.....

.....