............................................. .........................................  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość i data)  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

**Osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy**

**Imię i nazwisko ..............................................................................................................................................**

**Data urodzenia ..............................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ........................................................................................................................................**

**Rozpoznanie choroby zasadniczej**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Choroby współistniejące**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Aktualny stan zdrowia**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach ŚDS**

**NIE   
 TAK, jakie  
...................................................................................................................................................................................................**

**Informacja o sprawności w zakresie lokomocji**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Informacja o sprawności w zakresie samoobsługi**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**.......................................  
 Pieczątka i podpis lekarza rodzinnego**