**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**o stanie zdrowia i o braku przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach**

**Środowiskowego Domu Samopomocy w Woli Raniżowskiej**

1. Imię i nazwisko …...................................................................................................................

2. Miejsce zamieszkania ..............................................................................................................

3. Data urodzenia .........................................................................................................................

4. Rozpoznanie (symbole wg. kwalifikacji ICD-10):

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

5. Ocena fizycznego stanu zdrowia osoby ubiegającej się o uczestnictwo w zajęciach w ŚDS, na podstawie badań RTG, morfologia, HBS, itp.

Według wskazań lekarskich:

- zdrowy,

- choroba zakaźna,

- choroba skóry,

- choroba układu oddechowego,

- choroby przenoszone drogą płciową,

- cukrzyca,

- epilepsja,

- uczulenia:

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

- inne …………………………………………………………\*

6. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

7. Na podstawie oceny stanu zdrowia stwierdza się, że osoba może / nie może\* brać udział w zajęciach w ŚDS.

8. Ewentualne zalecenia dotyczące rehabilitacji, diety lub działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

\*odpowiednie zakreślić

Zaświadczenie opracowano na podstawie § 7 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9.12.2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2020r. poz. 249).

…………………………………

podpis i pieczęć lekarza