

.....
/pieczęć placówki służby zdrowia/

....., dnia.....
/miejsowość, data/

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko:

Nr dowodu osobistego:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania:

I. Stan zdrowia:

1. Choroba podstawowa (główny problem zdrowotny, powód upośledzenia organizmu)

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

2. Choroby współistniejące:

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

II. Przeciwwskazania lub brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy

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

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

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

(§ 7. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy)

.....
/podpis i pieczęć lekarza/