

.....  
(pieczęć nagłówkowa gabinetu lekarskiego)

miejsowość, data .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

### o stanie zdrowia osoby kierowanej do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gościnie

Stwierdza się, że w przypadku Pani/ Pana .....  
zam. ...., PESEL:.....  
**nie występują przeciwwskazania** do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Gościnie.

Opis stanu zdrowia osoby kierowanej do ŚDS:

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

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....  
.....

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

*Podstawa prawna: §7 ust.1 Rozporządzenia Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy ( Dz. U. z 2010r. Nr238, poz. 1586 ze zm.)*