

.....
(pieczęć nagłówek 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.)