



## ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

ul. Teresy Remiszewskiej 4, 64-400 Międzychód, tel. 502 371 595, e-mail: kontakt@sdsmiedzychod.pl

NIP: 595 148- 63-41

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### **Zaświadczenie lekarza rodzinnego**

**dotyczące osób z niepełnosprawnością intelektualną lub przewlekle psychicznie chorych**

I. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

.....

II. PESEL: .....

III. Choroby somatyczne osoby:

Diagnoza:

.....

..

.....

..

.....

..

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

.....

.....

....

IV. Czy osoba porusza się samodzielnie?

TAK ☐ NIE ☐

Porusza się przy pomocy:.....

V. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy?

TAK ☐ NIE ☐



## ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

ul. Teresy Remiszewskiej 4, 64-400 Międzychód, tel. 502 371 595, e-mail: kontakt@sdsmiędychod.pl

NIP: 595 148- 63-41

---

**VI.** Czy osoba jest nosicielem choroby zakaźnej?

TAK ☐

NIE ☐

**Wyjaśnienie:** Przeciwskazaniem do uczęszczania do Środowiskowego Domu Samopomocy jest: choroba zakaźna w stadium zakaźnym.

**VII.** Czy istnieją przeciwskazania do umieszczenia osoby w Środowiskowym Domu Samopomocy

TAK ☐

NIE ☐

.....

/miejscowość i data/

.....

/ podpis i pieczęć lekarza/