

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego
o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach
Środowiskowego Domu Samopomocy**

(załącznik do wniosku o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Inowrocławiu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2020 r., poz. 249).

.....
imię i nazwisko PESEL

.....
adres zamieszkania

Opis stanu zdrowia pacjenta.....
.....
.....
.....
.....

Przeciwwskazania/brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy

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

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza