|  |
| --- |
|  Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Kole, ośrodka wsparcia dla osób pełnoletnich z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób przewlekle psychicznie chorych i osób z niepełnosprawnością intelektualną (typ Domu AB):

……………………………………………………………………………………………….

2.Wiek……………………………………………………………………………………….

3. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy?\* TAK □ NIE □

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza:……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

Zalecenia(stosowane leki, dawkowanie):…………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….

 5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Kole:

- pielęgnacja i opieka nad chorym, niepełnosprawnym,

- leczenie, badanie i porady lekarskie,

- badania i terapia psychologiczna,

- terapia i rehabilitacja społeczna,

- terapia zajęciowa i rehabilitacja ruchowa,

- działania zapobiegawcze.

 6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?\* (choroba zakaźna, gruźlica, aktywna choroba alkoholowa, brak rozpoznania zaburzeń psychicznych lub niepełnosprawności intelektualnej):

 TAK □ NIE □

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry\* TAK □ NIE □

(w przypadku zaburzeń psychicznych)

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry\* TAK □ NIE □

(w przypadku niepełnosprawności intelektualnej lub otępienia)

………………………. ……………………………

 Miejscowość i data Podpis i pieczątka lekarza

\* właściwe zakreślić