

.....
pieczęć przychodni

.....
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarza psychiatry lub neurologa
dla potrzeb ubiegania się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy
we Włoszakowicach**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy im. Wernera Kenkel we Włoszakowicach:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. PESEL:

4. Rozpoznanie:

a) przewlekła choroba psychiczna

.....

b) niepełnosprawność intelektualna

c) inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

.....

5. Dodatkowe informacje o stanie zdrowia pacjenta (w tym przyjmowane leki i dawkowanie, uzależnienia, występowanie epilepsji itp.):

.....

.....

.....

.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy (proszę wstawić znak X w odpowiedniej kratce)?

TAK ☐ NIE ☐

Przeciwwskazaniami do uczestnictwa w ŚDS są:

- *potrzeba indywidualnej opieki i pomocy w czynnościach samoobsługowych (placówka nie zapewnia tzw. opieki jeden na jeden),*
- *choroba zakaźna lub inne dolegliwości uniemożliwiające czynne uczestnictwo w zajęciach terapeutyczno-rehabilitacyjnych,*
- *skłonności do zachowań zagrażających zdrowiu i życiu własnemu oraz innym osób.*

.....
pieczęć i podpis lekarza