

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gryfinie:

.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba psychiczna
- upośledzenie umysłowe
- padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?)

.....

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....

.....

4. Przeciwwskazania / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy \*.

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

\*właściwe zakreślić