

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia**  
osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Pesel.....

Występujące schorzenia.....

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

Używane zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne utrudnienia sprawności w zakresie  
lokomocji .....

.....  
.....

Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ŚDS .....

.....

.....  
podpis lekarza