

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA INTERNISTY
dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie
-
4. Ogólny stan zdrowia
-
-
5. Zmiany skórne
-
6. Wzrost
7. Waga
8. Czy wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
-
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
-
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
-
11. Uwagi uzupełniające i zalecenia
-
-
12. Konsultacje specjalistyczne (jakie):
-
-
13. Czy ocena stanu zdrowia pozwala na uczestniczenie w zajęciach grupowych ŚDS?
TAK NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)