

.....
(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)