

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....,
Miejscowość, data

OPINIA LEKARZA INTERNISTY

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie:
4. Opis stanu zdrowia pacjenta i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach
Domu:
.....
.....
5. Zmiany skórne:
6. Wzrost:
7. Waga:
8. Czy osoba wymaga regularnego przyjmowania leków (jakich i jakie dawkowanie?) :
.....
.....
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
10. Jeśli tak, to jakie?
11. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny,
okoliczności, datę ostatniego ataku)
.....
.....
.....

12. Uwagi uzupełniające i zalecenia: _____

13. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie: __

14. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS ?

TAK / NIE

Miejscowość, data: _____

Podpis i pieczęć lekarza psychiatry: _____