

.....
pieczętka ZOZ

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Grójcu Wielkim na pobyt dzienny

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Rozpoznanie (choroba i zaburzenie zasadnicze):

4. Choroby i zaburzenia współistniejące:

5. Ogólny fizyczny stan zdrowia:

6. Sprawność lokomocyjna, sposób poruszania się (właściwe podkreślić)

a) porusza się samodzielnie

b) porusza się z pomocą lub asekuracją

c) przy poruszaniu się korzysta z zapotrzebowania ortopedycznego

d) porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie / z pomocą

e) nie funkcjonuje, nie porusza się samodzielnie

7. Przeciwwskazania do uczestnictwa w oddziaływaniach proponowanych przez Środowiskowy
Dom Samopomocy w Grójcu Wielkim (właściwe podkreślić):

TAK NIE

8. Wskazania do rehabilitacji ruchowej i zabiegów rehabilitacyjnych (właściwe podkreślić):

*Kinezyterapia: ćwiczeniabierne, ćwiczeniacywno-bierne, ćwiczeniasamowspomagane, ćwiczenia
w odciążeniu, ćwiczenia w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne, ćwiczenia z oporem, ćwiczenia poranne
(ginnastykaporanna), ćwiczeniaogólnousprawniające (ogólnokondycyjne), rowerstacjonarny, ćwiczenia
manualne (tablica do ćwiczeńmanualnych), stepper, bieżnia, wioślarz, rotor treningowo – rehabilitacyjny
(kończyny górne i dolne), orbitrek, rotor do ćwiczeń kończyn górnych i obręczybarkowej.*

Masażlecniczy: aparat do masażu z promiennikiem do podczerwieni, matamasująca

Fizykoterapia: lampasollux, elektroterapia (m.in. prądy TENS), ultradźwięki.

.....
podpis i pieczętka lekarza

.....

Miejscowość i data

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki zawodowej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
osoby ubiegającej się o pomoc w formie skierowania do ŚDS w Grójcu Wielkim
(wypełnia lekarz psychiatra lub neurolog)

Dane osobowe

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:

Adres:

Rozpoznanie

(Rozpoznanie kliniczne zgodne z ICD – 10)

A. Zaburzenia i choroby psychiczne

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

B. Upośledzenie umysłowe

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

C. Inne zaburzenia czynności psychicznych

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

Uzależnienie:

Alkoholizm

TAK

NIE

Narkomania TAK NIE

Lekomania TAK NIE

Inne (jakie?)

.....

Epilepsja TAK NIE

Osoba badana stanowi / nie stanowi zagrożenia

dla siebie TAK NIE

dla innych TAK NIE

Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym

.....

.....

.....

Częstotliwość hospitalizacji

.....

.....

Objawy choroby (dokładny opis)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
*pieczętka, data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*