

Wypełnia lekarz pierwszego
kontaktu

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
funkcjonującego w ramach kontraktu z NFZ)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy
(pobyt dzienny).....
Adres
Wiek

Jest osobą chorą z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi / upośledzeniem umysłowym, a stan
jej zdrowia somatycznego nie wymaga w chwili obecnej leczenia w warunkach szpitalnych *.

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki i wsparcia innych osób **okresowo** *
TAK * **NIE** *

Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy
świadczeń : *

1. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
2. leczenie, badanie i porady lekarza psychiatry,
3. diagnoza i badanie psychologiczne,
4. psychologiczna terapia indywidualna, grupowa, *
5. działania zapobiegawcze.

Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania z pobytu dziennego w Środowiskowym Domu
Samopomocy (ŚDS)

TAK * **NIE** *

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* właściwe podkreślić

Uwaga: W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie
lekarza psychiatry.

W przypadku osoby niepełnosprawnej fizycznie należy podać informację o sprawności w zakresie
lokomocji.