

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

(dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Mielcu przy ul. Wojsławskiej 278)

1. Imię i nazwisko.....
2. Nr. Pesel .....
3. Miejsce zamieszkania.....  
.....
4. Rozpoznanie .....
5. Ocena stanu zdrowia .....
6. Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ŚDS? :

TAK (jakie)

NIE

.....  
.....  
7. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:.....  
.....  
.....

8. Uwagi i zalecenia:.....  
.....  
.....  
.....

.....  
( miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

\*druk zaświadczenia w oparciu o Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 09.12.2010 w sprawie środowiskowych domów samopomocy (DZ.U.Nr 238 poz.1586 z późn. zm.) oraz prawidłowe funkcjonowanie ŚDS.