

.....

(Pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA RODZINNEGO

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Rozpoznanie.....

.....

4. Ogólny stan zdrowia / z uwzględnieniem przyjmowanych leków, ewentualnych ataków padaczki , inne (jakie?)...../

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy istnieją wskazania dotyczące dowozu uczestnika na zajęcia ?

.....

.....

/ miejscowość i data /

.....

/ podpis i pieczęć lekarza /