Załącznik nr 2
do wniosku o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Starogardzie Gdańskim
(pkt. 2 ppkt. 2 Procedury kierowania osób
do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Starogardzie Gdańskim)

…..... (miejscowość, data)

….....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

dla celów ubiegania się o skierowanie

do Środowiskowego Domu Samopomoc w Starogardzie Gdańskim

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Pani/Pan ….....

zam. 83-200 Starogard Gdański ul. .....….....

PESEL ….....…..

II. Opis stanu zdrowia:

…….....

……

……...

……...

Nie występują/występują przeciwwskazania* do uczestnictwa w zajęciach środowiskowego domu samopomocy.

III. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie:

…….....
…….....……

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).