

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**  
dla osoby ubiegającej się o skierowanie  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Jarocinie

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Jarocinie

.....

zam. ....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba psychiczna
- upośledzenie umysłowe
- padaczka
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie).....

3. Ogólny opis stanu zdrowia

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

4. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania w.wym. na zajęcia prowadzone przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Jarocinie

- a. tak /jakie...../
- b. nie\*

5. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania w Ośrodku z terapii ruchowej

- a. tak /jakie...../
- b. nie\*

*Zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w Środowiskowym Domu Samopomocy w Jarocinie ul. Zaciszna 6, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2010r.Nr 238,poz.1586 ze zm.).*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\*odpowiednie podkreślić