

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Senior+ w Opolu Lubelskim:

.....
.....

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. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

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

4. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w DDS+ *:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe zakreślić