……..
(pieczęć zakładu)

# OPINIA LEKARZA INTERNISTY

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko……
2. Data urodzenia……
3. Rozpoznanie……
   ……..
4. Ogólny stan zdrowia pacjenta.....……
   ……...
5. Zmiany skórne…….
6. Wzrost…….…… Waga…….……
7. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)……...
   ……
   ……...
8. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?.....
   ……
   ……...
9. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak, podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku)……
   ……
   ……
10. Uwagi uzupełniające i zalecenia……..
    ……
11. Konsultacje specjalistyczne (jakie?)……
    ……
    ……
12. Sprawność w zakresie lokomocji ……
    …….
13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK NIE

……..……. …….
(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)