

## WZÓR

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach środowiskowego domu samopomocy oraz informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, o ile osoba takie posiada, zgodnie z § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U z 2020 r. poz. 249)**

- 1) Imię i nazwisko: .....
- 2) Data urodzenia .....
- 3) PESEL .....
- 4) Rozpoznanie .....
- .....
- .....
- 5) Sprawność w zakresie lokomocji (dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie):
- sprawny – porusza się samodzielnie
  - niesprawny – schorzenia mające wpływ na sprawność:  
.....  
.....  
.....
- 6) Ocena ogólnego stanu zdrowia wraz z określeniem braku przeciwwskazań/ występującymi przeciwwskazaniami do skierowania do środowiskowego domu samopomocy (zaznaczyć odpowiednie):
- Brak przeciwwskazań – ogólny stan zdrowia jest dobry/zadowalający
  - Istnieją przeciwwskazania (opisać przeciwwskazania) .....
- .....

.....  
(miejsceowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)