

.....
(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
7. Waga
8. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
-
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
-
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
-
-
11. Uwagi uzupełniające i zalecenia
-
-

12. Konsultacje specjalistyczne (jakie?)

.....

.....

13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)