*Pieczątka Poradni*

***ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO***

**1.Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Bychawie, ul. Pileckiego 20………………………………………………….**

**2. Data urodzenia………………………………………………………………………………**

**3. PESEL albo numer dokumentu tożsamości….....................................................................**

**4. Adres (miejsce zamieszkania)……………………………………………………………....**

**5. Rodzaj schorzenia:**

**a) choroba psychiczna**

**b) upośledzenie umysłowe**

**c) inne…………………………………………………………………………………………...**

**6. Uzasadnienie:**

**…………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………...**

**7. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania uczestnika na zajęcia prowadzone przez Środowiskowy Dom Samopomocy:**

**a) tak (jakie…………………………………………………………………………….……)**

**b). nie**

***\*właściwe podkreślić***

***\*zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w ŚDS w Bychawie, ul. Pileckiego 20***

**…………………………………………. ……………………………………………**

**(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)**