

.....  
(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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)