

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

TAK

NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)