*Miejscowość, data*

*Pieczęć poradni*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:**

 **…………………………………………………………………………………………………………**

**PESEL: ………………………………………………………………………………………………**

**Miejsce zamieszkania:** …………………………………………………………………………………..

**Określenie stanu zdrowia i możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia** *(należy zaznaczyć właściwe):*

1. Brak przeciwskazań do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS,
2. Istnieją przeciwskazania do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS.

**Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie:**

1. Brak przeciwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie:

- porusza się samodzielnie;

- porusza się przy pomocy laskim, kuli, chodzika;

- porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego.\*

1. Istnieją przeciwskazania w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie.

*(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)*

*Zaświadczenie wydaje się w związku z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy ( Dz.U. z dnia 17 lutego 2020 r. poz. 249 ).*

* *właściwe podkreślić*