

OPINIA LEKARZA INTERNISTY
dotyczące uczestnika 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 uczestniczenie w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)