Paczków, dnia ..... r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Wniosek o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy

Proszę o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy i objęcie ofertą usług świadczonych przez placówkę.

.....
(podpis osoby/opiekuna prawnego)

Pieczątka Przychodni POZ

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

dla osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

   .....

2. Data urodzenia.....
3. PESEL.....
4. Adres (miejsce zamieszkania).....
5. Stan zdrowia

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania uczestnika na zajęcia prowadzone przez Środowiskowy Dom Samopomocy :
   a. tak (jakie.....)
   b. nie
7. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.....

   .....

Zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w Środowiskowym Domu Samopomocy, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 249)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

....

(pieczęć poradni) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

(psychiatry lub neurologa)

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

.....

2. Miejsce zamieszkania:

.....

3. Szczegółowy opis zaburzeń psychicznych (rozpoznanie):

.....

.....

.....

4. Inne istotne informacje dotyczące osoby badanej z punktu widzenia funkcjonowania w grupie:

.....

.....

.....

5. Na podstawie diagnozy zaburzeń psychicznych w/w kwalifikuje się do ŚDS dla osób:

(należy zaznaczyć jednostkę wiodącą)

a) Przewlekle psychicznie chorych- typ A

b) Niepełnosprawnych intelektualnie- typ B

c) Wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych- typ C

d) Ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi- typ D

6. Aktualny stan zdrowia osoby badanej, dotyczący występujących zaburzeń psychicznych:

.....

.....

.....

7. Określenie możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS biorąc pod uwagę występujące zaburzenia:

a) Brak przeciwwskazań

b) Istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach ŚDS

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa)

Zaświadczenie wydaje się w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (Dz.U. z dnia 17 grudnia 2010 r. Nr 238, poz.1586 wraz z późniejszymi zmianami).