

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Opolu Lubelskim:

.....  
.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu  
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  
☐ dysfunkcja narządu słuchu  
☐ dysfunkcja narządu wzroku  
☐ choroba psychiczna  
☐ upośledzenie umysłowe  
☐ padaczka  
☐ schorzenia układu krążenia  
☐ inne (jakie?)

.....  
.....  
.....  
.....

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....  
.....  
.....  
.....

4. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w DDPS\*:

.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza )

\*właściwe zakreślić