

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(telefon)

Ośrodek Pomocy Społecznej

W.....

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie, mojego syna / córki

.....
(nazwisko i imię, data urodzenia)

chorego na

.....
(rodzaj schorzenia)

na zajęcia terapeutyczne (pobyt dzienny) do Środowiskowego Domu Samopomocy w Sowczycach, ul. Długa 37.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Domu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dla celów pomocy społecznej. Zostałem/am poinformowany/a, iż podanie danych jest dobrowolne, przysługuje mi prawo do wglądu, do tych danych oraz możliwość ich zmiany (podstawa prawna – ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych - tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926)

.....
podpis opiekuna /rodzica

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista - **neurolog lub psychiatra** dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Sowczycach

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY
– NEUROLOGA LUB PSYCHIATRY**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie
.....
2. Szczegółowa diagnoza lekarska
.....
.....
.....
.....
3. Przebieg leczenia
 - a) data pierwszej hospitalizacji
 - b) data ostatniej hospitalizacji
 - c) liczba hospitalizacji
 - d) główne powody hospitalizacji
.....
4. Opis aktualnego stanu zdrowia z uwzględnieniem stanu psychicznego osoby kierowanej
-
-
5. Prognoza lekarska
-
-
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, nr telefonu)
-
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza specjalisty
-
-

.....
data wystawienia zaświadczenia

.....
pieczętka i podpis

Zaświadczenie wydaje **lekarz rodzinny**
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Sowczycach

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie

.....

2. Stan zdrowia w/w osoby

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach domu (skreślić w przypadku braku)

.....

.....

4. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji, jeśli w/w osoba jest osobą
niepełnosprawną fizycznie

.....

.....

.....

.....

.....
data wystawienia zaświadczenia

.....
pieczętka i podpis