

.....
pieczętka ZOZ

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Grójcu Wielkim na pobyt dzienny

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Rozpoznanie (choroba i zaburzenie zasadnicze):

4. Choroby i zaburzenia współistniejące:

5. Ogólny fizyczny stan zdrowia:

6. Sprawność lokomocyjna, sposób poruszania się (właściwe podkreślić)

a) porusza się samodzielnie

b) porusza się z pomocą lub asekuracją

c) przy poruszaniu się korzysta z zapotrzebowania ortopedycznego

d) porusza się na wózku inwalidzkim samodzielnie / z pomocą

e) nie funkcjonuje, nie porusza się samodzielnie

7. Przeciwwskazania do uczestnictwa w oddziaływaniach proponowanych przez Środowiskowy
Dom Samopomocy w Grójcu Wielkim (właściwe podkreślić):

TAK

NIE

8. Wskazania do rehabilitacji ruchowej i zabiegów rehabilitacyjnych (właściwe podkreślić):

Kinezyterapia: *ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia samowspomagane, ćwiczenia w odciążeniu, ćwiczenia w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne, ćwiczenia z oporem, ćwiczenia poranne (gimnastyka poranna), ćwiczenia ogólnousprawniające (ogólnokondycyjne), rower stacjonarny, ćwiczenia manualne (tablica do ćwiczeń manualnych), stepper, bieżnia, wioślarz, rotor treningowo – rehabilitacyjny (kończyny górne i dolne), orbitrek, rotor do ćwiczeń kończyn górnych i obręczy barkowej.*

Masaż leczniczy: *aparatus do masażu z promiennikiem do podczerwieni, mata masująca*

Fizykoterapia: *lampa sollux, elektroterapia (m.in. prądy TENS), ultradźwięki.*

.....
podpis i pieczętka lekarza