

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
.....
2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna.....
.....
.....
3. Przebieg leczenia :
 - a. data pierwszej hospitalizacji ostatniej
 - b. główne powody hospitalizacji
.....
4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:.....
.....
.....
5. Zachowania niebezpieczne : występowały – TAK / NIE
na czym polegały
kiedy ostatni raz wystąpiły
6. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
.....
.....
7. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)
.....
7. Uwagi uzupełniające i zlecenia lekarza (np. zalecone leki, dawkowanie, inne schorzenia).....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

