

.....
(Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji..... ostatniej.....

b) liczba hospitalizacji..... łączny czas hospitalizacji.....

c) główne powody hospitalizacji

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognozy stanu zdrowia:

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....

.....

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

