

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA\*

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

.....

2. Data urodzenia: .....

3. Rozpoznanie: .....

.....

.....

4. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji: ....., ostatniej: .....

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

c) główne powody hospitalizacji .....

.....

.....

5. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

.....

.....

.....

6. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

.....

.....

7. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko):

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

.....

.....

( Data)

.....

(Podpis i pieczęć lekarza)

\* niewłaściwe skreślić