

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA

( dla osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy )

1. Imię i Nazwisko .....
2. Diagnoza.....  
.....  
.....
3. Przebieg leczenia:  
a) data pierwszej hospitalizacji ..... data ostatniej .....
- b) liczba hospitalizacji ..... c) główne powody hospitalizacji .....
- .....
4. Zalecane leki, dawkowanie  
.....  
.....
5. Prosimy o wskazanie odpowiedniego typu domu :  
a) Typ A - dla osób psychicznie chorych  
b) Typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną  
c) Typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych  
d) Typ D – dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi
6. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia :  
.....  
.....  
.....
7. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy :  
.....  
.....  
.....  
.....
8. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu PZP) :  
.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)