

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) :
.....

.....
(miejsce i data)

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