

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

1. Imię i 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 prognoza stanu zdrowia

.....
.....
.....
.....
.....

5. Charakterystyczne cechy osoby ubiegającej się i skierowanie do środowiskowego domu samopomocy

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis, pieczęć lekarza psychiatry/neurolog)