

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)