

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra/ neurolog  
dla osoby chorej psychicznie/ niepełnosprawnej intelektualnie  
ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy .....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna/neurologiczna .....

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 funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie, do środowiskowego domu samopomocy, w środowisku (samodzielność/ zależność, stereotypie, zaburzenia zachowania) .....

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

7. Uwagi uzupełniające, zalecenia lekarza.....

.....  
miejsowość, data, podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa