

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
gabinetu lekarskiego

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
o występujących zaburzeniach psychicznych dla osób ubiegających się o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Przechlewie

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....
2. ADRES ZAMIESZKANIA
.....
3. DATA URODZENIA.....
4. ROZPOZNANIE CHOROBY
.....
.....
5. CZY STAN ZDROWIA PACJENTA POZWALA NA UCZESTNICZENIE W ZAJĘCIACH
ŚDS?
 - TAK
 - NIE
6. WSKAZANIA LEKARZA DOTYCZĄCE ZAKWALIFIKOWANIA PACJENTA DO TYPU
DOMU
 - TYP A – DLA OSÓB PRZEWLEKLE PSYCHICZNIE CHORYCH
 - TYP B – DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ
8. PRZEPISANE LEKI I DAWKOWANIE
.....
.....
9. UWAGI I ZALECENIA LEKARZA
.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa