

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY
I OŚRODKA WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Przebieg leczenia:

- a) data pierwszej hospitalizacji:.....
b) data ostatniej hospitalizacji:.....
c) liczba hospitalizacji:.....
d) łączny czas hospitalizacji:.....
e) 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 i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

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

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

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

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis lekarza psychiatry)