

**ZAŚWIADCZENIE WYDAJE LEKARZ PSYCHIATRA
DLA OSOBY CHORUJĄCEJ PSYCHICZNIE
UBIEGAJĄCEJ SIĘ(PRZEBYWAJĄCEJ) O SKIEROWANIE
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY/INNEJ FORMY WSPARCIA**

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się(przebywającej) o skierowanie do ŚDS/innej formy wsparcia .

.....
.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna.

.....
.....

3. Inne schorzenia (sprzężone), utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków (jakich?).

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

4. Przebieg leczenia.

a) data pierwszej i ostatniej hospitalizacji

.....
.....

c) główne powody hospitalizacji

.....
.....

5. Opis aktualnego stanu psychiatrycznego osoby badanej.

Zachowania niebezpieczne: TAK / NIE

Próby „S” : TAK /NIE

Charakterystyczne cechy funkcjonowania:

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

6. Uwagi i zalecenia lekarza kierującego do ŚDS/innej formy wsparcia:

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

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęta
lekarza psychiatry