.....................................................  
Pieczęć placówki służby zdrowia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA  
O WYSTĘPUJĄCYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O UMIESZCZENIE W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W WOLSZTYNIE**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Pesel   
...................................................................................................................................................................

3. Rozpoznanie   
...................................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................................

4. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej

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

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków

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

5. Zalecone leki (nazwa leku, dawkowanie)

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

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

6. Opis aktualnego stanu zdrowia z uwzględnieniem stanu psychicznego osoby kierowanej

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

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia

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

............................... ..........................................................  
( miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)

\*niepotrzebne skreślić