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