/Pieczątka przychodni/

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1.Imię i nazwisko, PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Strzelcach Opolskich ………………………………………………………………………………………………….

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

2. Szczegółowa diagnoza, rodzaj zaburzenia psychicznego ……………………………………………………………….

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

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

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

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

3.Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej i prognoza stanu zdrowia .....................................

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

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

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

4.Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie ……………………………

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

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

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

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

/miejscowość i data/ /podpis i pieczęć lekarza neurologa/