/Pieczątka przychodni/

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

PSYCHIATRY/NEUROLOGA

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

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

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

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna, rodzaj zaburzenia psychicznego / neurologicznego

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

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

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

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

3. Kategoria uczestnika wynikająca z jednostki chorobowej (zakreśl krzyżykiem)

– osoba przewlekle chora psychicznie

– osoba z niepełnosprawnością intelektualną

 – osoba wykazująca inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

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

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

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

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie

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

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

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

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

 /miejscowość i data/ /podpis i pieczęć lekarza /