

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....,
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

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

2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna:

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji: _____, ostatniej: _____

b) liczba hospitalizacji: _____ łączny czas hospitalizacji: _____

c) główne powody hospitalizacji: _____

4. Opis aktualnego stanu zdrowia neurologicznego osoby badanej, prognoza stanu zdrowia:

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS lub DPS:

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

Miejscowość, data: _____

Podpis i pieczęć lekarza neurologa: _____