

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., .....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

-----

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

-----

-----

-----

-----

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji: \_\_\_\_\_, ostatniej: \_\_\_\_\_

b) liczba hospitalizacji: \_\_\_\_\_ łączny czas hospitalizacji: \_\_\_\_\_

c) główne powody hospitalizacji: \_\_\_\_\_

-----

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego 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 psychiatry: \_\_\_\_\_