

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. 1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:.....

.....

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji:.....; ostatniej:.....;

b) liczba hospitalizacji:.....; łączny okres hospitalizacji:.....;

c) główne powody hospitalizacji:.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku:.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący – imię, nazwisko, adres, numer telefonu:.....

.....

.....

7. Typ domu do którego w/w kwalifikuje się ze względu na występujące schorzenia

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)