

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
(lekarza psychiatry lub lekarza neurologa)

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Jastrzębiu-Zdroju

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

II. Rozpoznanie kliniczne

1. Zaburzenia psychiczne:

a. choroba psychiczna

.....

b. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

.....

- alkoholizm: tak nie*

- narkomania: tak nie*

- lekomania: tak nie*

- inne (wpisać jakie)

2. Niepełnosprawność intelektualna.....

- przyczyna.....

- stopień upośledzenia.....

3. Epilepsja (rodzaj napadów).....

4. Inne zaburzenia neurologiczne.....

III. Wywiad, istotne dane kliniczne

1. Przebieg leczenia.....

.....

2. Pobyty w szpitalu.....

.....

3. Objawy choroby.....

.....

4. Aktualny stan zdrowia.....

.....

5. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie).....

.....

6. Prognoza lekarska.....

.....

IV. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu*:

Typ A – dla osób przewlekłe psychicznie chorych

Typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

V. Uwagi uzupełniające.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)