

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza