

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA
dotyczące kandydata na uczestnika Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy typu B

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce zamieszkania

4. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna (wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie ICD-10 z podaniem kategorii)

.....

5. Upośledzenie umysłowe:

.....

6. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków.....

.....

.....

7. Zalecane leki, dawkowanie.....

.....

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania:.....

.....

.....

8. Czy był hospitalizowany : TAK NIE Ostatnia hospitalizacja

.....

Główne powody hospitalizacji:

.....

9. Zachowania niebezpieczne:

• Występowały TAK NIE

• na czym polegały

.....

• próby „S”

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

.....
.....
.....

11. Lekarz prowadzący: (imię, nazwisko, adres, nr telef.):

.....
.....

12. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
.....
.....

13. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych
w Środowiskowym Domu Samopomocy typu B*?

TAK NIE

* - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

.....
(miejsowość i data)

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