

.....
(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 upośledzonych umysłowo

.....
(miejsowość i data)

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