

.....
(Pieczęć placówki służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
im. św. Matki Teresy z Kalkuty w Wadowicach**

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zamieszkania:.....

3. Rozpoznanie:

przewlekła choroba psychiczna.....

.....

(nazwa choroby)

upośledzenie umysłowe (przy upośledzeniu umysłowym lekkim należy wskazać inne zaburzenia
zwłaszcza neurologiczne):.....

.....

inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych:.....

.....

4. Czy wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?):

.....

.....

5. Przebieg leczenia:

a) Data pierwszej hospitalizacji:.....ostatniej:.....

b) Liczba hospitalizacji:....., łączny czas hospitalizacji:.....

.....

.....

.....

6. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

.....

7. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy (czy występowały zachowania niebezpieczne? jeżeli tak, to jakie?):

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

8. Lekarz prowadzący (imię, nazwisko, adres, numer telefonu):

.....

9. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

10. Czy wymaga skierowania do ŚDS typu:

- Typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- Typ B – dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.

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