

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa
o występujących zaburzeniach psychicznych
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Kownatach

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Kownatach

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji, ostatniej

b) liczba hospitalizacji, łączny czas 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 Środowiskowego Domu Samopomocy w Kownatach:

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

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

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....
(miejscość i data)

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