

pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

dotyczące osoby ubiegającej się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Przemysłu-placówki dla osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi

1. Imię i nazwisko 2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania:

4. Rozpoznanie zaburzenia psychicznego

.....
kwalifikujące w/w osobę do Środowiskowego Domu Samopomocy typu:

A-dla osób przewlekle psychicznie chorych*

B-dla osób upośledzonych umysłowo*

C-dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych*

5. Zalecane leki z dawkowaniem:

6. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków związane z zaburzeniami psychicznymi:

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

7. Zachowania niebezpieczne (m. in. agresja i autoagresja): występowały: TAK/NIE

na czym polegały

.....
kiedy ostatni raz wystąpiły: zwiastuny:

zalecane środki ostrożności:

8. Inne ważne informacje (m.in. czy występowały próby „S”) i zalecenia lekarza:

.....
(Miejscowość, data)
*-odpowiednie zakreślić

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