

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej konsultacji 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 w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący:

Imię, nazwisko:

Adres:

nr telefonu:

7. Uwagi uzupełniające z zalecenia lekarza:

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)