

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.....
2. Adres zamieszkania
3. Szczegółowa diagnoza lekarska
4. Rozpoznanie kwalifikujące w/w osobę do ŚDS typu:
 - A - dla osób przewlekle psychicznie chorych*
 - B - dla osób upośledzonych umysłowo*
 - C - dla wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych*
 - D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi*
5. Informacja o zażywanych lekach. Zalecone leki, dawkowanie
6. Opis aktualnego stanu zdrowia z uwzględnieniem stanu psychicznego osoby kierowanej
7. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków
8. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja
9. Zachowania niebezpieczne: występowały – TAK / NIE*
na czym polegały
-
kiedy ostatni raz wystąpiły.....
zwiastuny
-
zalecane środki ostrożności
-
próby „S”
10. Inne ważne informacje i zalecenia lekarza

.....
(miejscowość i data)

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

*Odpowiednie zakreślić