

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Zaświadczenie wydaje lekarz  
psychiatra/neurolog dla osoby psychicznie  
chorej ubiegającej się o skierowanie do  
Środowiskowego Domu Samopomocy

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

1. Imię i nazwisko, data urodzenia/PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy  
.....
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, prognoza stanu zdrowia .....  
.....  
.....  
.....
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy .....  
.....  
.....  
.....
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....  
.....

7. Zalecenia lekarza dotyczące zakresu terapii z jakiej będzie korzystała osoba ubiegająca się o przyjęcie do Środowiskowego  
Domu Samopomocy .....

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

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)