

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/Lekarza psychiatry lub neurologa/

Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Suminie

.....

/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....

I. Rozpoznanie kliniczne

1. Zaburzenia psychiczne

a. Choroba psychiczna.....

.....

b. Inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych.....

.....

2. Niepełnosprawność intelektualna/ demencja.....

.....

3. Epilepsja (rodzaj napadów).....

.....

4. Inne zaburzenia neurologiczne.....

II. Wywiad, istotne dane kliniczne

1. Objawy choroby.....

.....

2. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie).....

.....

III. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:

Typ A- dla osób przewlekłe chorych psychicznie

Typ B- dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

Typ C- dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

IV. Uwagi uzupełniające.....

.....

/Miejscowość, data/

.....

/podpis i pieczęć lekarza specjalisty/

