

pieczęć
zakładu opieki zdrowotnej

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 hospitalizacji....., 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 osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres)

.....

.....

numer telefonu.....

.....

7. Uwagi uzupełniające, zalecenia lekarza

.....

.....

.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza psychiatry