

.....
/pieczętka 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 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 i adres/.....
.....nr telefonu.....

7. uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)