

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

1. Dane dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy: imię i nazwisko, data urodzenia

.....
2. Szczegółowa diagnoza chorobowa

.....
3. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....
4. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

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

.....
6. Pacjent kwalifikuje się do uczestniczenia w zajęciach w następującym typie domu
(właściwe podkreślić)

Typ A – dla osób przewlekłe psychicznie chorych

Typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)