

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 psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

.....

5. Charakterystyka cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)

.....

..... numer telefonu

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza psychiatry