

## 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 okres 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, nazwisko, adres, numer telefonu:.....

.....  
.....  
.....

7. Typ domu do którego w/w kwalifikuje się ze względu na występujące schorzenia

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza .....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)