***Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej***

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

|  |
| --- |
| 1. **Imię i nazwisko osoby** ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

................................................................................................... **wiek** ........................ 1. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna** ....................................................................................

 ............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................  |
|  **3. Przebieg leczenia:** 1. data pierwszej hospitalizacji .............................................., ostatniej.........................................

 1. liczba hospitalizacji ........................................ , łączny czas hospitalizacji ...............................

 1. 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 ........................................................................... ............................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................  |
| 1. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....................................................

 .............................................................................................................................................................  1. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza .....................................................................................

 .............................................................................................................................................................  .............................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................  |

Miejscowość.......................................................... ***podpis i pieczęć lekarza psychiatry***

Data................................................................

 ***Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*** **Miejscowość** ...........................**data** ..........................