***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** ..........................