

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## 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) głównie 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.

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres)

numer telefonu \_\_\_\_\_

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć lekarza)