

(Pieczęć Poradni)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA DLA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU
SAMOPOMOCY „PODKOWA” W BIELSKU – BIAŁEJ**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami:

.....
.....

Adres.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

PESEL.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna wraz z numerem choroby **wg ICD-10**:

.....
.....

3. Przebieg leczenia:

A) Data pierwszej hospitalizacji:

.....

B) Data ostatniej hospitalizacji:

.....

C) Liczba hospitalizacji:

.....

D) Łączny czas hospitalizacji:

.....

E) Główne powody hospitalizacji:

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychiatrycznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami:

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć psychiatry/neurologa)