



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

..... **wiek:** .....

.....

2. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:** .....

.....

.....

.....

3. **Przebieg leczenia:**

a) data pierwszej hospitalizacji: ....., ostatniej: .....

b) liczba hospitalizacji: ....., łączny czas hospitalizacji: .....

c) 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: .....

.....

.....

.....

.....

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

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza: .....

.....

.....

.....

.....

**Miejscowość:** .....

**Data:** .....



*(podpis i pieczęć lekarza)*