

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Bieczu filią w Gorlicach

.....
/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....
/adres zamieszkania/

II. Rozpoznanie kliniczne

1. zaburzenia psychiczne
 - a. choroba psychiczna.....
 - b. upośledzenie umysłowe (stopień)
.....
 - c. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych (w tym całościowe zaburzenia rozwojowe t.j. autyzm, zespół Aspargera)
.....
 - inne (wpisać jakie)
2. Zaburzenia neurologiczne

III. Wywiad, istotne dane kliniczne

1. Przebieg leczenia.....
2. Pobyty w szpitalu
3. Objawy choroby
4. Aktualny stan zdrowia.....
5. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie)
6. Prognoza lekarska

IV. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:*

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo
Typ C – inne zaburzenia czynności psychicznych

V. Uwagi uzupełniające.....

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Podpis i pieczęć lekarza specjalisty/