

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. 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