

Skierowanie psychiatry neurologa do
Środowiskowego Domu Samopomocy
dla osób zaburzonych psychicznie

wypełnia lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

zamieszkałej.....

2. Diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

3. Wiek:

4. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia wymaga leczenia szpitalnego*

TAK*

NIE*

5. Wymaga ze względu na stan zdrowia opieki stale* lub okresowo*

TAK*

NIE*

6. Czy istnieje przeciwwskazanie do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy

TAK*

NIE*

7. Pan/Pani..... kwalifikuje
się do Środowiskowego Domu Samopomocy ?

TAK*

NIE*

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*właściwe podkreślić