ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Przebieg leczenia:
3. data pierwszej hospitalizacji ………………………………………..ostatniej…………………………………..
4. liczba hospitalizacji…………………………., łączny czas hospitalizacji……………………………………..
5. główne powody hospitalizacji…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej: ………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Lekarz prowadzący ( imię i nazwisko, adres, numer telefonu ) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….. ……………………………………………………..

( miejscowość i data ) ( podpis i pieczęć lekarza )