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

/pieczątka 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 konsultacji.....................................................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, nazwisko i adres/.........................................................................................

............................................................................nr telefonu.................................................................. …

7. uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza............................................................................................... .

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

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

……………………………………..

(podpis i pieczęć lekarza)

…………………………………………………

( miejscowość ,data)