ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY.

……

2.SZCZEGÓŁOWA DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA

……

……

……

……

3.PRZEBIEG LECZENIA:

DATA PIERWSZEJ HOSPITALIZACJI……., OSTATNIEJ……

LICZBA HOSPITALIZACJI……, ŁĄCZNY CZAS HOSPITALIZACJI……

GŁÓWNE POWODY HOSPITALIZACJI……

……

……

……

4. OPIS AKTUALNEGO STANU ZDROWIA I PROGNOZA STANU ZDROWIA OS. BADANEJ

……

……

……

……

5. LEKARZ PROWADZĄCY(IMIĘ I NAZWISKO)……

……NR TEL……

6. UWAGI UZUPEŁNIAJĄCE I ZALECENIA LEKARZA……

……

……

……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA…… PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA……