Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

1. **Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gorzycach**

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

/imię i nazwisko, data urodzenia/

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

/adres zamieszkania/

1. **Rozpoznanie kliniczne**
	1. choroba psychiczna…………………………………………….…………………....…………………..………………….…

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

* 1. upośledzenie umysłowe/demencja…………………………...………………………………………………………………
* przyczyna…………………………………………….…………………………….………….……………………………
* stopień upośledzenia/demencji…….………...…………………………………………………………………….........
1. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych…………………………..

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

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

1. Istotne dane
	1. Przebieg leczenia………………………………….………………………………………..……………..………….……….

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

* 1. Pobyty w szpitalu …………………………..…….…………………………………………………..……………….……….

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

* 1. Objawy choroby …………………………………….…………………………………………………..………….………….

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

* 1. Aktualny stan zdrowia…………………………...……….………………………………………………………………...….

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

* 1. Zalecone leki (nazwa, dawkowanie) ……………………...…………………………………………………………………

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

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

* 1. Prognoza lekarska …………………………………………..…………………………………………………..…………….

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

1. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Gorzycach …………………………………….....………………..
2. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:\*

Typ A – dla osób przewlekle chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

Typ C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane

do zaburzeń psychicznych

1. Uwagi………………………………………………………………………………………….……………….……………….

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

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

 /miejscowość, data/ Podpis i pieczęć lekarza specjalisty