

## 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 hospitalizacji ..... 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, adres, numer telefonu/ .....

.....

.....

7. Uwagi uzupełniające, zalecenia lekarza .....

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)