

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starych Świącicach

2. W/w choruje na

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starych Świącicach pod względem:

a. intelektualnym

b. emocjonalnym

c. społecznym.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

5. Czy osoba ubiegająca się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy w Starych Świącicach pozostawała lub pozostaje pod opieką lekarza psychiatry?.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeżeli tak to jak długo.....

7. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres).....

..... numer telefonu.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarskie

Miejscowość

Data

.....
Podpis lekarza i pieczętka