

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu
samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi

.....

2. Diagnoza psychiatryczna/neurologiczna

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia: leczona/leczony od

data pierwszej hospitalizacji data ostatniej hospitalizacji

Główne powody hospitalizacji

.....

.....

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do
środowiskowego domu samopomocy

.....

.....

.....

.....

.....

verte

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza psychiatry/neurologa

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

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Zaświadczenie wydaje się do celów pomocy społecznej. Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U.2020. poz.249.)