

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 osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku
.....
.....
.....
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
.....
.....
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza
.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

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