

(pieczęć przychodni)

ZŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA

Dotyczące skierowania uczestnika do Środowiskowego Domu Samopomocy w Tczewie

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Leczy się w Poradni Zdrowia Psychicznego od

4. Rozpoznanie

.....

5. Zalecane leki, dawkowanie

.....

6. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja

7. Ważne informacje na temat pacjenta (charakterystyczne objawy choroby, stan psychiczny)

.....

.....

.....

.....

8. Czy wskazane jest uczestnictwo pacjenta w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy?

TAK

NIE

.....

(miejsowość i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)