

(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE 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. Zalecone 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?(zaznaczyć właściwe)

TAK

NIE

9. Typ Domu właściwy dla uczestnika (zaznaczyć właściwe):

- 1) typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 2) typ B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- 3) typ C - dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych;
- 4) typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)