

.....  
( pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
funkcjonującego w ramach kontraktu  
z NFZ)

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra  
lub lekarz neurolog dla osoby ubiegającej się o  
skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

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

.....  
2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna .....

.....  
3. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji.....ostatniej.....

b) liczba hospitalizacji.....

c) główne powody hospitalizacji

.....  
.....

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

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się  
o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.....

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

6. Lekarz prowadzący ( imię i nazwisko, adres, numer telefonu ) .....

.....

7. Zalecenia lekarza dotyczące zakresu terapii z jakiej będzie korzystała osoba ubiegająca się  
o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy

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

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis i pieczęć lekarza )