

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

2. PESEL

3. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

.....

.....

.....

.....

4. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji, ostatniej

b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji

c) główne powody hospitalizacji

.....

5. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

.....

.....

6. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:.....

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

.....

8. Typ domu pomocy społecznej właściwy dla osoby ubiegającej się o skierowanie:

dla osób w podeszłym wieku

dla osób przewlekle somatycznie chorych

dla osób przewlekle psychicznie chorych

dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

dla osób niepełnosprawnych fizycznie

dla osób uzależnionych od alkoholu

9. Czy osoba jest zdolna do świadomego wyrażenia zgody na skierowanie i umieszczenie w domu pomocy społecznej:

TAK

NIE

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczętka lekarza