

.....  
*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej*

## **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 w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej .....

.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

.....

7. 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

.....  
*miejsce, data*

.....  
*podpis i pieczętka lekarza*