

.....
/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 konsultacji: 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. Lekarz prowadzący /imię, nazwisko i adres/
..... nr telefonu
7. Uwagi uzupełniające z zalecenia lekarza
.....
.....
.....
.....

.....
/miejsowość i data/

.....
/podpis i pieczęć lekarza/