

pieczęć  
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. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres)

numer telefonu

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć lekarza