

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy „OPOKA” w Przasnyszu przy ul. Ruda 1C:

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

II. Rozpoznanie kliniczne:

1. Choroba psychiczna.....
2. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu:* głębokim / znacznym / umiarkowanym / lekkim.
3. Inne zaburzenia neurologiczne
4. Inne zaburzenia
5. Spektrum autyzmu
6. Niepełnosprawności sprzężone

III. Istotne dane:

1. Przebieg leczenia.....
2. Pobyty w szpitalu
3. Objawy choroby
4. Aktualny stan zdrowia.....
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku
6. Uzależnienia od środków psychoaktywnych

7. Zalecone leki (nazwa, dawkowanie)

.....
.....

8. Prognoza lekarska

.....
.....

IV. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Przasnyszu przy ul. Ruda 1C:

.....
.....

V. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:*

Typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych;

Typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;

Typ D – dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

VI. Uwagi i zalecenia uzupełniające:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

* właściwe podkreślić