*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

1. **Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy**

*………………………………….*

*/imię i nazwisko, data urodzenia/*

*…………………………………*

*/adres zamieszkania/*

1. **Rozpoznanie kliniczne** 
   1. zaburzenia psychiczne
      * + 1. choroba psychiczna……………………………………………..………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych ……………………………………………………………………………………………………………
  1. upośledzenie umysłowe/demencja…………………………...………………………………………………
* przyczyna…………………………………………….…………………………….………….…………
* stopień upośledzenia/demencji…….………...…………………………………………………………...

1. epilepsja (rodzaj napadów)…………………………………………………………………………………..
2. inne zaburzenia neurologiczne ………………………………………………………………………………
   1. Zalecenia do terapii……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
3. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS ………...………………..
4. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu[[1]](#footnote-1)  
   Typ A – dla osób przewlekle chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

Typ C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

1. Uwagi uzupełniające……………………………………………………………………….……………….

………………………………………………..………………………………………………………………

………………………………….. ………………………………………….

*/Miejscowość i data/ /Podpis i pieczęć lekarza specjalisty/*

1. właściwie podkreślić [↑](#footnote-ref-1)