

.....
/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/