

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 psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

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

5. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

stale 1. TAK 2. NIE

okresowo 1. TAK 2. NIE

6. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

Domu pomocy społecznej
(dotyczy osoby wymagającej całodobowej opieki)

Zakładu opiekuńczo-leczniczego
(dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

7. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

8. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)

.....

.....numer telefonu.....

9. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

Miejscowość.....

Data.....

.....
Podpis i pieczęć psychiatry/lekarza