Wypełnia lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej
Neurolog lub psychiatra

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O UMIESZCZENIE W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY NA TERENIE
ELBLĄGA**

**1. Imię i nazwisko, Pesel osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy**………………………………………………………………………………………….
 **2. Opis stanu zdrowia: psychiatry lub neurologa oraz rozpoznanie choroby**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu
Samopomocy**

 **TAK\*** **NIE\***

**4.Uwagi i zalecenia**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 **5. Kategoria Środowiskowego Domu Samopomocy\* :
A**- dla osób przewlekle psychicznie chorych
**B**- dla osób upośledzonych umysłowo
**C**-dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

…………………………. …………………………

( miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)

\*Właściwe podkreślić

Wypełnia lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej
lekarz rodzinny

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**1. Imię i nazwisko oraz wiek osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
……………………………………………………………………………………………………………
zamieszkałej……………………………………………………………………………………………..**

**2. Rozpoznanie choroby oraz choroby współistniejące ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Ocena sprawności ……………………………………………………………………………………

4. Jest osobą chorą psychicznie i jej stan zdrowia nie wymaga leczenia stacjonarnego\*
 Tak NIE
5. Wymaga ze względu na stan zdrowia opieki stałej \* lub okresowej\***

 **TAK\* NIE \*

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy
 Tak Nie**

**7. Pan/Pani ………………………………………………………………………….
Kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy**

 **TAK\* NIE\***

**……………………………..**( miejscowość i data) **……………………………** ( podpis i pieczęć lekarza)
\*Właściwe podkreślić