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 z niepełnosprawnością intelektualną\*  
**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\*/z zaburzeniami psychicznymi\* 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