

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gryfinie:

.....

2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna:

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji.....

b) główne powody hospitalizacji

.....

.....

4. Opis aktualnego stanu neurologicznego osoby badanej:

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

.....

.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza neurologa:

.....

.....

.....
... (miejsowość i data)

.....
...(podpis i pieczęć lekarza neurologa)