

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji.....

b) główne powody hospitalizacji.....

.....

4. Opis aktualnego stanu psychicznego osoby badanej

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)