

.....
(pieczęć zakładu)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dotyczące kandydata do Środowiskowego Domu Samopomocy**

CZĘŚĆ I

- imię i nazwisko
- PESEL
- rozpoznanie lekarskie
-
- kod choroby/zaburzenia (zgodnie z ICD-10)
- zażywane leki
-
- czy występujące zaburzenia psychiczne /choroba powoduje zagrożenie:
 - a) dla osoby ubiegającej się: tak – nie
 - b) dla innych osób z otoczenia: tak – nie
- uzależnienia (jakie?)

Przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy:

choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy lub osób z jej otoczenia, alkoholizm, narkomania

CZĘŚĆ II

Na podstawie badania lekarskiego z dnia

Stwierdzam, że Pan/Pani

- A. Powinna być skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy (proszę zaznaczyć również odpowiedni typ Domu): TAK / NIE
 - TYP A - dla osób przewlekle chorych psychicznie,
 - TYP B - dla upośledzonych umysłowo,
 - TYP C - dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych,
 - TYP D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.
- B. Nie została zakwalifikowana do Środowiskowego Domu Samopomocy z powodu przeciwwskazań zdrowotnych.

Zielona Góra,
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)