ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY LUB NEUROLOGA
O WYSTĘPUJĄCYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

Na podstawie badań klinicznych z dnia ..... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się u osoby badanej

.....

/ imię i nazwisko /

I . ROZPOZNANIE – wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD – I0 z podaniem kategorii:

1. zaburzenia psychiczne
   - choroba psychiczna .....
     .....
   - inne zakłócenia możliwości psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych
     .....
     .....
   - uzależnienia:
     - alkoholizm tak - nie∗
     - narkomania tak - nie∗
     - lekomania tak - nie∗
     - inne- wpisać jakie .....
2. upośledzenia umysłowe:
   .....
   .....
3. epilepsja tak - nie∗
4. w/w osoba stanowi:
   - zagrożenie dla siebie tak - nie∗
   - zagrożenie dla otoczenia tak - nie∗

II. HOSPITALIZACJA – dołączyć kserokopie pobytu

1. ostatni pobyt w szpitalu .....
   / podać czas pobytu /
2. częstość hospitalizacji .....
3. objawy choroby /dokładny opis/ .....
   .....
   .....
   .....

Na podstawie badań lekarskich z dn. ..... oraz załączonych wyników badań stwierdza się, że badana osoba : .....

/ Imię i nazwisko /

I . powinna być skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy w Środzie Wlkp.:

- typu A - dla osób przewlekle psychicznie chorych
- typu B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną
- typu C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych*

II. nie kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy z powodu przeciwwskazań zdrowotnych∗

wyjaśnienie: *Przeciwwskazaniem do umieszczenia w ŚDS jest: choroba zakaźna, gruźlica w stadium zakaźnym, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się w o umieszczenie w ŚDS ,dla osób z jej otoczenia, czynne uzależnione od środków psychoaktywnych.*

W/w zalecono pobieranie leków (*dokładnie wypełnić – nazwa leku i dawkowanie)*

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

** właściwe podkreślić*

....

miejscowość i data/ */ podpis i pieczęć lekarza/*