



*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

**ZAŚWIADCZENIE PSYCHIATRY**

Osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

**IMIĘ, NAZWISKO:** .....

**WIEK** .....

**SZCZEGÓŁOWA DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA**

.....  
.....  
.....

**PRZEBIEG LECZENIA**

DATA PIERWSZEJ HOSPITALIZACJI: ..... DATA OSTATNIEJ HOSPITALIZACJI: .....

LICZBA HOSPITALIZACJI ..... ŁĄCZNY CZAS HOSPITALIZACJI. ....

GŁÓWNE POWODY HOSPITALIZACJI .....

.....  
.....

**OPIS AKTUALNEGO STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ PROGNOZA STANU ZDROWIA**

.....  
.....  
.....  
.....

**CHARAKTERYSTYCZNE CECHY FUNKCJONOWANIA W ŚRODOWISKU**

.....  
.....  
.....

**DANE KONTAKTOWE LEKARZA PROWADZĄCEGO – IMIĘ, NAZWISKO, TELEFON**

.....

**UWAGI UZUPEŁNIAJĄCE I ZALECENIA lekarza psychiatry**

.....  
.....  
.....

Miejscowość: .....

Data: .....

*Podpis i pieczęć lekarza psychiatry*