



Miejscowość, dnia.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
..... **wiek**.....
2. **Szczegółowa diagnoza psychiatryczna**
3. **Przebieg leczenia:**
 - a. data pierwszej hospitalizacji, ostatniej
 - b. liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji
 - c. główne powody hospitalizacji
4. **Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego** osoby badanej i prognoza stanu zdrowia
.....
5. **Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku** osoby ubiegającej się
o skierowanie do domu pomocy społecznej
6. **Lekarz prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
7. **Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:**

.....
podpis i pieczętka lekarza psychiatry