

.....  
(pieczęć przychodni)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O SKIEROWANIE**  
**DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

obecny stan zdrowia: (opis stanu zdrowia)

.....

.....

.....

- istnieją/nie istnieją\* przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy.
- w/w jest/ nie jest\* sprawny w zakresie lokomocji (wypełnia się w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

**Uwaga!**

\* – niepotrzebne skreślić

Konieczność wystawienia zaświadczenia określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238 poz. 1586)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY  
DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE  
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY I OŚRODKA WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu samopomocy i ośrodka wsparcia osób z zaburzeniami:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

.....

3. Przebieg leczenia:

A) Data pierwszej hospitalizacji:

.....

B) Data ostatniej hospitalizacji:

.....

C) Liczba hospitalizacji:

.....

D) Łączny czas hospitalizacji:

.....

E) Główne powody hospitalizacji:

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza zdrowia:

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia osób z zaburzeniami:

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

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

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)