



**Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie**

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : [cus@ug.szczytno.pl](mailto:cus@ug.szczytno.pl), tel. (89) 613-11-37

NIP : 745-158-69-80, REGON : 004458799

adres doręczeń elektronicznych (ADE): **AE:PL-99479-56861-RHRVE-33**

.....  
**pieczęć zakładu opieki zdrowotnej**

.....  
**miejsowość, dzień, miesiąc, rok**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

1. Imię i nazwisko, PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

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 psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

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

5. Charakterystyka cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)

.....

numer telefonu.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....  
**(miejsowość i data)**

.....  
**(podpis i pieczęć lekarza)**

