



Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : 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 PSYCHOLOGA

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

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu.....

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a. intelektualnym.....

.....

b. emocjonalnym

.....

c. społecznym

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres)

.....

.....numer telefonu.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć psychologa / lekarza)

