



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

.....
miejscowość, dzień, miesiąc, rok

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko, PESEL osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

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 Środowiskowego Domu Samopomocy

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)

.....

numer telefonu.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

