

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

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

..... lat

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 osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, w środowisku

.....

.....

.....

.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza ze **szczególnym uwzględnieniem na czym dokładnie ma polegać całodobowa opieka i wskazania czynności, jakie wchodzi w zakres tej opieki**

.....

.....

.....

.....

7. Jest zdolny/a do świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach życiowych
TAK* **NIE***

8. Typ domu pomocy społecznej, do którego powinna zostać skierowana osoba jeżeli wniosek będzie rozpatrzony pozytywnie

(należy zaznaczyć jeden typ domu pomocy społecznej)

a) dla osób przewlekle psychicznie chorych

b) dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

c) dla osób przewlekle somatycznie chorych

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć **lekarza psychiatry**)