

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

TYP DOMU -

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Rozpoznanie

4. Zalecane leki, dawkowanie

5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania

uczulenia:

6. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja

7. Zachowania niebezpieczne: występowały – tak/nie
na czym polegały

kiedy ostatni raz wystąpiły

zwiastuny

zalecane środki ostrożności

próby „S”

8. Inne ważne informacje

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)

Wyjaśnienie:

TYP A – przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych,

TYP B – przeznaczony dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.