

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*
(dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy)

1. Imię i nazwisko.....
2. Nr pesel.....
3. Miejsce zamieszkania

.....
4. Rozpoznanie.....
.....

5. Kwalifikacja do kategorii osób:

A- przewlekle psychicznie chorych

B- dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

C- wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych

D- dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi

6. Występujące zaburzenia psychiczne.....
.....
.....

7. Czy występują ataki padaczki ? (jeśli tak to z jaką częstotliwością):

TAK

NIE

8. Czy stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w zajęciach ŚDS?:

TAK

NIE

9. Uwagi i zalecenia.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

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