

**Zaświadczenie dla osób ubiegających się o skierowanie do  
Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE**  
/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

**I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Nowym Dworze Mazowieckim**

.....  
/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....  
/adres zamieszkania/

**II. Rozpoznanie kliniczne**

1. choroba psychiczna .....
2. upośledzenie umysłowe/demencja
  - przyczyna .....
  - stopień upośledzenia/demencji .....
3. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych.....

**III. Istotne dane**

1. Przebieg leczenia .....
2. Pobyty w szpitalu .....
3. Objawy choroby .....
4. Aktualny stan zdrowia.....
5. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie) .....
6. Prognoza lekarska .....

**IV. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Nowym Dworze Mazowieckim .....**

**V. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:\***

Typ A – dla osób przewlekłe chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

posiada również jedno z zaburzeń określonych jako spektrum autyzm (w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 kategoria F84, która obejmuje zaburzenia ze spektrum autyzmu, określone też jako całościowe zaburzenia rozwoju), w tym:

F84.0  F84.1  F84.2  F84.3  F84.4  F.84.5

**VI. Uwagi i zalecenia lekarza .....**

.....  
/miejsowość, data/

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty

\*właściwe podkreślić