

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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE 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 psychiczne 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
☐ Typ D – dla osób ze sprzężeniami lub ze spektrum autyzmu ze znacznym stopniem niepełnosprawności

VI. Uwagi i zalecenia lekarza

.....
/miejscowość, data/

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty