

Wypełnia lekarz publicznego
zakładu opieki zdrowotnej
Neurolog lub psychiatra

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O UMIESZCZENIE W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY NA TERENIE
ELBLĄGA**

1. Imię i nazwisko, Pesel osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

2. Opis stanu zdrowia: psychiatry lub neurologa oraz rozpoznanie choroby

.....
.....
.....
.....

3. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy

TAK*

NIE*

4. Uwagi i zalecenia

.....
.....

6. Kategoria Środowiskowego Domu Samopomocy* :

A- dla osób przewlekle psychicznie chorych

B- dla osób upośledzonych umysłowo

C- dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*Właściwie podkreślić

Skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu