

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

.....
/imię i nazwisko, PESEL/

.....
/adres zamieszkania/

II. Rozpoznanie

.....
.....

III. Ważne informacje na temat pacjenta (charakterystyczne objawy choroby/występujące zaburzenia psychiczne)

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

IV. Czy wskazane jest uczestnictwo w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy (zaznacz właściwe)*

TAK

Nie

V. Uwagi

.....
.....

.....
/miejscowość, data/

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty