

.....
pieczętka PZP

.....
miejscowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza psychiatry lub neurologa
o występujących zaburzeniach psychicznych

Imię i nazwisko
PESEL

I. Rozpoznanie (zgodnie z ICD – 10) – od kiedy?

1. Choroba psychiczna:

.....
.....

2. inne zakłócenia możliwości psychicznych:

.....
.....

3. uzależnienia:

.....
.....

4. upośledzenia umysłowe:

.....
.....

5. epilepsja

.....
.....

II. Objawy choroby (opis zachowań charakterystycznych dla danej osoby):

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

III. Leczenie:

1. Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym:

2. Ilość hospitalizacji psychiatrycznych (daty):

.....
.....

3. Zalecane leki – dawkowanie:

.....
.....

IV. Osoba kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy w Ślesinie TAK/NIE*

*Wyjaśnienie: Przeciwwskazania do umieszczenia w ŚDS:

- choroba zakaźna,
- gruźlica w stadium zakaźnym,
- zagrożenie dla zdrowia i życia osób z jej otoczenia.

.....
Podpis i pieczętka lekarza