

.....

Pieczętka/nazwa zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY*/NEUROLOGA*ⁱ
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pobyt dzienny w środowiskowym domu samopomocy

.....

2. Schorzenie osoby ubiegającej się o skierowanie można zaliczyć do kategorii (zaznaczyć właściwe):
a) choroba psychiczna
b) niepełnosprawność intelektualna
c) inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych:

.....

.....

d) spektrum autyzmu

3. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna*/neurologiczna*:

.....

.....

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia osoby badanej.....

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku zamieszkania osoby

.....

.....

.....

6. Osoba (nie)jest objęta specjalistyczną opieką:

1) psychiatryczną:

oddo

odwymaga stałego kontaktu z lekarzem psychiatrą

2) neurologiczną:

oddo

odwymaga stałego kontaktu z neurologiem

7. Czy osoba badana kwalifikuje się do udziału w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy?

TAK

NIE

.....
data, miejscowość

.....
podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić, usunąć albo zaznaczyć właściwe

ⁱ Stosownie do § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy przy ubieganiu się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych