

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY DOTYCZĄCE OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA TRENINGOWEGO/WSPOMAGANEGO**

1. Imię i nazwisko osoby
2. PESEL
3. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby i prognoza stanu zdrowia
.....
.....
4. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby w środowisku
.....
.....
5. Czy osoba, o której mowa w pkt 1 jest osobą:
- z zaburzeniami psychicznymi [] tak* [] nie * jeżeli tak, proszę uzupełnić pkt 5 i 6
- z upośledzeniem intelektualnym [] tak [] nie
6. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna
.....
.....
7. Przebieg leczenia psychiatrycznego:
- data pierwszej hospitalizacji, ostatniej
- liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji
- główne powody hospitalizacji
.....
.....
8. Uwagi
.....
.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza psychiatry