

.....
(Pieczęć placówki służby zdrowia)

Sławno, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

o występujących zaburzeniach psychicznych

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

ADRES

ZAMIESZKANIA.....

DATA URODZENIA/

MIEJSCE

1. ROZPOZNANIE CHOROBY

.....
.....

2. ZALECONE LEKI (nazwa leku, dawkowanie)

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

3. DEFICYTY PACJENTA WYNIKAJĄCE Z JEGO CHOROBY

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

4. CZY U PACJENTA WYSTĘPUJE

- brak pewności siebie
- niska samoocena
- obniżona motywacja
- nieskuteczna strategia radzenia sobie

5. CZY PACJENTOWI POTRZEBNA JEST

- stabilizacja
- poprawa funkcjonowania społecznego
- samodzielność

6. CEL SKIEROWANIA PACJENTA DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W SŁAWNIE

- osiągnięcie umiejętności samoobsługowej
- umiejętność rozwiązywania własnych problemów

- terapia zajęciowa
- aktywny udział we własnym leczeniu
- nabycie umiejętności w zdobyciu pracy zarobkowej

7. CZY PACJENT WYRAŻA ZGODĘ NA ZLECONĄ FORMĘ ZAJĘĆ W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W SŁAWNIE ?

TAK

NIE

8. CZY STAN ZDROWIA PACJENTA POZWALA NA UCZESTNICZENIE W ZAJĘCIACH W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W SŁAWNIE ?

TAK

NIE

9. TYP DOMU W ZALEŻNOŚCI OD KATEGORII OSÓB, DLA KTÓRYCH SĄ PRZEZNACZONE

- typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych
- typ B – dla osób upośledzonych umysłowo
- typ C – dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych

10. INNE DANE O PACJENCIE

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

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)