

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(dotyczące skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Mielcu przy ul. Wojsławskiej 278)

1. Imię i nazwisko.....
2. Nr pesel.....
3. Miejsce zamieszkania.....
.....
4. Rozpoznanie.....
.....
5. Kwalifikacja do kategorii osób:
A- przewlekłe psychicznie chorych
B- dla osób z niepełnosprawnością intelektualną
C- wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych
D- dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi
6. Występujące zaburzenia psychiczne.....
.....
.....
7. Czy występują ataki padaczki ? (jeśli tak to z jaką częstotliwością):

TAKNIE

.....
8. Czy stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w zajęciach ŚDS?:

TAKNIE
9. Uwagi i zalecenia.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza
psychiatry lub neurologa)