

(pieczęć przychodni)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA

Dotyczące skierowania uczestnika do Środowiskowego Domu Samopomocy w Tczewie

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres .....
3. Leczy się w Poradni Zdrowia Psychicznego od .....
4. Rozpoznanie .....
- .....
5. Zalecane leki, dawkowanie .....
- .....
6. Ilość hospitalizacji ..... ostatnia hospitalizacja .....
7. Ważne informacje na temat pacjenta (charakterystyczne objawy choroby, stan psychiczny) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
8. Czy wskazane jest uczestnictwo pacjenta w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy?(zaznaczyć właściwe)

TAK

NIE

9. Typ Domu właściwy dla uczestnika (zaznaczyć właściwe):

- 1) typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 2) typ B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- 3) typ C - dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych;
- 4) typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

.....

(miejsce i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)