………………………………………….

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

**potwierdzające wskazania do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych**

**w Środowiskowym Domu Samopomocy w Dębnie**

Nazwisko i imię……………………………………………………………….............................

Data urodzenia……………………. …….. PESEL: …………………………………………..

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………..….

Rozpoznanie ………………………………………………...…..………………………………

………...........................................................................................................................................

KOD JEDNOSTKI CHOROBOWEJ **ICD-10**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Szczegółowa diagnoza psychiatryczna/neurologiczna:

…………………………………………………………………………………………...………

……………………………………………………………………………………………...……

………………………………………………………………………………………...…………

1.Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji…………………………………………………..…….…………………

b) główne powody hospitalizacji ……………………………………...………………………..

………………………………………………………………………………………………..…

2. Opis aktualnego stanu psychicznego osoby badanej:

………………………………………………..………………………………...……………….

………………………………………….……………………………..……...…………………

………………………………………………………………………………...………………

3.Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie   
w środowisku:

………………………………………………………………………………...…………………

………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………...………………

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

………………………………………………………………………………...…………………

………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………...…………………

Po przeprowadzonych konsultacjach psychiatrycznych/neurologicznych\* zaświadczam, że wskazane/ niewskazane\* jest uczestnictwo w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy.

………………………… …………………………...……..

data badania lekarskiego podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa

\*niepotrzebne skreślić

**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia z 2010 r. póżn. zm. w sprawie środowiskowych domów samopomocy ( Dz. U. Nr 238, poz. 1586)**

§7.1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, **dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach** psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.