

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania chronionego

.....

2. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

3. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby w środowisku ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu chronionym

.....

.....

.....

4. 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

5. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

.....

.....

.....

.....

.....

6. Przebieg leczenia psychiatrycznego:

a) data pierwszej hospitalizacji, ostatniej

b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji

c) główne powody hospitalizacji

.....

.....

7. Uwagi

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza psychiatry