

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub wykonywanej praktyki )

**ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu .....IQ\*:

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym .....

.....

b) emocjonalnym .....

.....

c) społecznym .....

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań .....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o przyjęcie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu? .....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo? .....

Przebieg dotychczasowej rehabilitacji .....

.....

6. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa .....

.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis psychologa)

\* opcjonalnie