

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej
2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna
3. Przebieg leczenia:
 - a) data pierwszej hospitalizacji, ostatniej
 - b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji
 - c) główne powody hospitalizacji
4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia
5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku
6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
(miejscowość i data)

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