

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

**Zaświadczenie lekarskie**  
wydane przez lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych

(załącznik do wniosku o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Inowrocławiu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2020 r., poz. 249).

.....  
imię i nazwisko PESEL

.....  
adres zamieszkania

Diagnoza psychiatryczna.....

.....

Opis stanu zdrowia pacjenta.....

.....

.....

.....

.....

Przeciwwskazania/brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy

.....

Pacjent kwalifikuje się do uczestniczenia w zajęciach w następującym typie domów  
**(właściwe podkreślić)**

**Typ A** – dla osób przewlekłe psychicznie chorych

**Typ B** – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

**Typ C** – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza