

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

Zaświadczenie lekarskie
wydane przez lekarza psychiatrę 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 2010r. 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 przewlekle psychicznie chorych

Typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

Typ C – dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza