

.....
(pieczęć poradni)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY (psychiatry lub neurologa)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy:

.....

2. Miejsce zamieszkania:

.....

3. Szczegółowy opis zaburzeń psychicznych (rozpoznanie):

.....

.....

.....

4. Inne istotne informacje dotyczące osoby badanej z punktu widzenia funkcjonowania w grupie:

.....

.....

.....

5. Na podstawie diagnozy zaburzeń psychicznych w/w kwalifikuje się do ŚDS dla osób:

(należy zaznaczyć jednostkę wiodącą)

a) Przewlekłe psychicznie chorych- typ A

b) Niepełnosprawnych intelektualnie- typ B

c) Wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych- typ C

d) Ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi- typ D

6. Aktualny stan zdrowia osoby badanej, dotyczący występujących zaburzeń psychicznych:

.....

.....

.....

7. Określenie możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS biorąc pod uwagę występujące zaburzenia:

a) Brak przeciwwskazań

b) Istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach ŚDS

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