

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA
dotycząca osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Adres
3. Rozpoznanie
- kwalifikujące w/w osobę do Środowiskowego Domu Samopomocy typu*
TYP A- dla osób przewlekle psychicznie chorych;
TYP B- dla osób upośledzonych umysłowo,
TYP C- dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych
4. Zalecane leki, dawkowanie
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków
-
w przypadku epilepsji - charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania
.....
7. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja
8. Zachowania niebezpieczne:
występowały – TAK / NIE
na czym polegały
-
kiedy ostatni raz wystąpiły
- zwiastuny
- zalecane środki ostrożności
-
próby „S”
9. Inne ważne informacje
-
10. Stan zdrowia Pani/Pana(właściwe podkreślić) POZWALA NIE POZWALA
na korzystanie z usług Środowiskowego Domu Samopomocy.
*odpowiednie zakreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)