

(pieczęć PZP lub Por. Neurologicznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E O S T A N I E Z D R O W I A
(dla potrzeb uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy)

Imię i nazwisko badanego :

Adres :

Data urodzenia :

I. ROZPOZNANIE :

1. zaburzenia psychiczne

- choroba psychiczna.....

- inne zakłócenia możliwości psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

.....

- uzależnienia :

a/ alkoholizm tak nie *

b/ narkomania tak nie *

c/ lekomania tak nie *

d/ inne (jakie)

2. upośledzenie umysłowe :

3. epilepsja tak nie *

II. W/W OSOBA NIE STANOWI ZAGROŻENIA :

a/ dla siebie tak nie *

b/ dla otoczenia tak nie *

III. OSTATNI POBYT W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM :

.....

częstotliwość hospitalizacji

IV. OBJAWY CHOROBY (dokładny opis)

.....

V. ZALECONE LECZENIE :

.....

Data :

/pieczęćka i podpis
lekarza psychiatry lub neurologa/

* właściwe podkreślić