**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Szczegółowa diagnoza:

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji………………………………………………………………………………………………….

b) główne powody hospitalizacji………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Opis aktualnego stanu osoby badanej

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie w środowisku:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie okresu pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy (12-24 m-cy):

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….. ……………………………………………….

 (miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza psychiatry)