Data:

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OD LEKARZA PSYCHIATRY**

 **O STANIE ZDROWIA**

**OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA CHRONIONEGO**

Kieruję Panią/Pana

Ur. w dniu

Miejsce zamieszkania

PESEL

Do Mieszkania Chronionego

Rozpoznanie

Obecny stan zdrowia psychicznego

Aktualnie przyjmowane leki ( dawki )

Ilość hospitalizacji całodobowych

Ilość hospitalizacji w oddziałach dziennych

Termin pierwszej hospitalizacji

Termin ostatniej hospitalizacji

Sytuacja rodzinna kandydata

Epikryza przebiegu choroby

Czy były próby samobójcze? Jeśli tak, jakie i kiedy

Czy kandydat nadużywa alkoholu? Czy były okresy nadużywania alkoholu?

Czy kandydat nadużywa środków psychoaktywnych lub leków? Czy były okresy nadużywania środków psychoaktywnych lub leków?

Miejsce pracy lekarza prowadzącego

Telefon kontaktowy do lekarza prowadzącego

 Pieczątka i podpis lekarza