……………………………………………………. Data…………………………..

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

*lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

**O STANIE ZDROWIA**

**OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO/TRENINGOWEGO**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zameldowania

PESEL

**Brak przeciwwskazań do pobytu w mieszkaniu wspomaganym/treningowym**

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie:

**....................................................................................................................................................**

Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

Zalecenia dotyczące zakresu opieki z uwagi na deficyty ………………………………………………….

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

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

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

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

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

Charakterystyka zachowania w okresie nawrotu 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