

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza psychiatry lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych

dla kandydata na uczestnika ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W ŁODZI

przy ul. Ćwiklińskiej 5a w Łodzi

Imię i nazwisko

PESEL

1. Rozpoznanie:

a. choroba psychiczna:

.....
.....

b. inne zaburzenia czynności psychicznych utrudniające funkcjonowanie:

.....
.....

c. niepełnosprawność intelektualna:

.....
.....

d. epilepsja:

.....
.....

2. Leczenie:

a. ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym:

b. liczba hospitalizacji psychiatrycznych (daty):

.....
.....

c. zalecane leki – dawkowanie:

.....
.....

3. Uwagi i zalecenia lekarza:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Informacja: Uzyskanie zaświadczenia jest niezbędne celem skierowania w/w osoby do Środowiskowego Domu Samopomocy w Łodzi (§ 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (Dz. U. z 2020 r. poz. 249)