

Data:

**ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY „PRZYSTAŃ”
KLUB SAMOPOMOCY
Łódź, ul. Próchnika 7, tel. 42 632 08 66, 575 017 692, 504 017 692**

SKIEROWANIE

do dziennych ośrodków wsparcia (właściwe zakreślić X)

Środowiskowego Domu Samopomocy „Przystań” Typ A _____

Klubu Samopomocy _____

Kieruję Panią/Pana

ur. w dniu

Miejsce zamieszkania

PESEL

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