

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość i data

**Zaświadczenie lekarza psychiatry  
dla osoby ubiegającej się  
o skierowania do domu pomocy społecznej**

1. **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.....
2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna .....
3. Przebieg leczenia:
  - a) data pierwszej hospitalizacji.....ostatniej.....
  - b) liczba hospitalizacji.....łączny czas hospitalizacji.....
  - c) główne powody hospitalizacji.....
4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej .....
5. Rokowania stanu zdrowia psychicznego osoby badanej.....
6. Zakres funkcjonowania osoby badanej w środowisku zamieszkania.....
7. Zalecenia lekarza psychiatry.....
8. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, telefon).....

.....  
podpis i pieczęć lekarza psychiatry