

.....
(Pieczęć placówki służby zdrowia)

Wałbrzych, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że u Pana/ Pani
zamieszkałego/łej
ubiegającego/cej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Wałbrzychu przy
ul. Duracza 15 a jest wskazany i występuje:

☐ przewlekła choroba psychiczna.....

.....

(nazwa choroby)

☐ upośledzenie umysłowe (przy upośledzeniu umysłowym lekkim należy wskazać inne zaburzenia
zwłaszcza neurologiczne).....

.....

☐ inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

.....

*(z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych)

Przyjmowane leki

.....

Czy istnieją przeciw wskazania do uczestnictwa w ŚDS

(np: choroba zakaźna, gruźlica, AIDS,HIV, od środków psychoaktywnych)

☐* Tak

☐* Nie

Wymaga skierowania do ŚDS typu:

☐ Typ A – dla osób przewlekłe psychicznie chorych

☐ Typ B – dla osób z upośledzeniem umysłowym

☐ Typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Zaświadczenie ważne od daty wystawienia do

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa)