

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
funkcjonującej w ramach kontaktu z NZF)

Wypełnia lekarz pierwszego kontaktu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE NEUROLOGA-PSYCHIATRY

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy (pobyt dzienny).....

Adres.....

Wiek:.....

W/w należy do kategorii osób*:

- a) przewlekle psychicznie chorych,
- b) upośledzonych umysłowo, a stan zdrowia somatycznego nie wymaga w chwili obecnej leczenia w warunkach szpitalnych,
- c) wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych.

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki i wsparcia innych osób okresowo**

TAK** NIE**

Proszę podać zakres niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy świadczeń*:

1. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
2. leczenie, badanie i porady lekarza psychiatry,
3. diagnoza i badanie psychologiczne,
4. psychologiczna terapia indywidualna, grupowa*,
5. działania zapobiegawcze.

Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania z pobytu dziennego w Środowiskowym Domu Samopomocy?

TAK** NIE**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*właściwe zakreślić,

**właściwe podkreślić.

UWAGA: W przypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry. W przypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.