

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Jest osobą chorą z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi / umysłowo upośledzoną i stan
jej zdrowia somatycznego nie wymaga w chwili obecnej leczenia w warunkach szpitalnych *

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 zdrowotnych : *

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 (ŚDS)

TAK * **NIE ***

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* właściwe podkreślić

Uwaga: W wypadku występowania choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry.

W wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy , do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie psychologa.