

# Zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę / neurologa\*

.....  
*imię i nazwisko*  
*osoby ubiegające się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy*

.....  
*data urodzenia*

.....  
*adres zamieszkania*  
*osoby ubiegające się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy*

Rozpoznanie: .....

Kod według ICD 10: .....

Inne schorzenia współwystępujące utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków.....

.....

w przypadku epilepsji - charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania

.....

.....

Inne ważne informacje (np. zachowania niebezpieczne, zwiastuny, próby „S”):

.....

.....

Data ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej / neurologicznej: .....

**Stwierdzam, że ww. osoba\*\* :**

jest osobą przewlekłe psychicznie chorą

jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną

jest osobą wykazującą inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

jest osobą ze spektrum autyzmu

jest osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi, proszę wymienić rodzaje niepełnosprawności:

.....

.....

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*

\* odpowiednie podkreślić

\*\* odpowiednie zaznaczyć znakiem „x”