Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczeni wydaje lekarz
psychiatra/neurolog dla osoby
ubiegającej się o skierowanie
do Ośrodka Wsparcia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia
w Leopoldowie …………………………………………………………………………
2. Szczegółowa diagnoza psychiatry/neurologa …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przebieg leczenia:
2. data pierwszej hospitalizacji …………………….., ostatniej ……………………
3. liczba hospitalizacji ……………………, łączny czas hospitalizacji ………...........
4. główne powody hospitalizacji……………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

1. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognozy stanu zdrowia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do Ośrodka Wsparcia w Leopoldowie w środowisku ……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres gabinetu, nr telefon) ……………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza ……………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………….. ………………………………………….
(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza
 psychiatry/neurologa)