

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Płońsku:

.....
.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....
.....
.....

3. Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji.....

b) główne powody hospitalizacji.....

.....
.....

4. Opis aktualnego stanu psychicznego osoby badanej:

.....
.....
.....
.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie :

.....
.....
.....
.....
.....

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość i data)

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

