*Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 49/2019 Dyrektora MOPS z dnia 30.08.2019r.*

|  |
| --- |
|  |

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

dot. osoby z zaburzeniami psychicznymi ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko ..........................................................................................................................

Data urodzenia ………………………….………Miejsce zamieszkania ….……………………………………………………………,,,,,,………..……………………………………………………………………………………………………  |
| 1. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................,......................................
 |
| 1. Przebieg leczenia:
2. data pierwszej hospitalizacji ........................................, ostatniej...........................................................
3. liczba hospitalizacji........................................., łączny czas hospitalizacji..............................................
4. główne powody hospitalizacji..................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................... |
| 4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| 5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej w środowisku ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| 6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza. ............................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………..………………………………………………………..………… |
| 7. Lekarz prowadzący ( imię i nazwisko, adres numer telefonu)..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

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

 (miejscowości i data) ( podpis i pieczęć lekarza)