……………………………........

Pieczęć placówki służby zdrowia

Biała Podlaska, dnia…………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

**o występujących zaburzeniach psychicznych**

IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA …………………………………………………………………….

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

DATA I MIEJSCE URODZENIA ……………………………………………………………...

1. ROZPOZNANIE CHOROBY

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

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

1. ZALECONE LEKI (nazwa leku, dawkowanie)

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

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

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

1. DEFICYTY PACJENTA WYNIKAJĄCE Z JEGO CHOROBY

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

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

1. CZY U PACJENTA WYSTĘPUJE:
2. brak pewności siebie c) obniżona motywacja
3. niska samoocena d) nieskuteczna strategia radzenia sobie
4. CZY PACJENTOWI POTRZEBNE JEST:
5. wsparcie w czynnościach dnia codziennego
6. poprawa funkcjonowania społecznego/integracja z otoczeniem
7. zwiększenie/uzyskanie samodzielności
8. CEL SKIEROWANIA PACJENTA DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY W BIAŁEJ PODLASKIEJ:
9. osiągnięcie umiejętności samoobsługowej
10. umiejętność rozwiązywania własnych problemów
11. terapia zajęciowa
12. aktywny udział we własnym leczeniu
13. inny …………………………………….
14. CZY STAN ZDROWIA PACJENTA POZWALA NA UCZESTNICZENIE W ZAJĘCIACH W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY W BIAŁEJ PODLASKIEJ?

TAK NIE

1. INNE DANE O PACJENCIE

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

…………………………………

Pieczęć i podpis lekarza