

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Rozpoznanie

4. Zalecane leki, dawkowanie

5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków

.....

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

.....

uczulenia:

6. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja

7. Zachowania niebezpieczne: występowały – tak/nie
na czym polegały

.....

kiedy ostatni raz wystąpiły

zwiastuny

zalecane środki ostrożności

.....

próby „S”

8. Inne ważne informacje

.....

.....

.....
(miejsce i data)

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