( miejscowość, data )

(pieczęć poradni)

 ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

*( psychiatry lub neurologa )*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
w Terliczce: ………………………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania: ……………………………………………………………………………….
3. Opis zaburzeń psychicznych (rozpoznanie):

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

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

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

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

1. Inne istotne informacje dotyczące osoby badanej z punktu widzenia funkcjonowania
w grupie:

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

1. Na podstawie diagnozy zaburzeń psychicznych w/w kwalifikuje się do ŚDS dla osób:

*( należy zaznaczyć jednostkę wiodącą )*

1. Przewlekle psychicznie chorych- typ A
2. Niepełnosprawnych intelektualnie- typ B
3. Wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych- typ C
4. Ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi- typ D
5. Określenie możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS biorąc pod uwagę występujące zaburzenia:
6. Brak przeciwwskazań
7. Istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach ŚDS

( podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa )