

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza psychiatry lub lekarza neurologa

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Gostyniu

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

II. Diagnoza:

1. Informacja o występujących zaburzeniach psychicznych
.....
.....

2. Inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych
.....
.....

3. Inne zaburzenia neurologiczne
.....

4. Inne zaburzenia
.....

5. Informacja o prowadzonym leczeniu farmakologicznym
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)