



## ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

ul. Teresy Remiszewskiej 4, 64-400 Międzychód, tel. 502 371 595, e-mail: kontakt@sdsprzedychod.pl

NIP: 595 148- 63-41

wypełnia Poradnia Zdrowia Psychicznego/ Poradnia Neurologiczna

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

### **Zaświadczenie lekarza psychiatry lub lekarza neurologa dotyczące osób z niepełnosprawnością intelektualną lub przewlekle psychicznie chorych**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy  
im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

..... PESEL: .....

#### **I. ROZPOZNANIE - /wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD-10 z podaniem kategorii/:**

##### **1. Zaburzenia psychiczne:**

- choroba psychiczna:

.....

.....

- inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych, zaliczane do zaburzeń  
psychicznych:

.....

.....

- upośledzenie umysłowe:

.....

##### **2. Uzależnienia:**

- alkoholizm:      tak\*              nie\*

- narkomania:      tak\*              nie\*

- lekomania:      tak\*              nie\*

- inne\* (wypisać jakie):.....

3. Epilepsja:              tak\*              nie\*

##### **4. W/wymieniona osoba stanowi zagrożenie:**

- dla siebie:              tak\*              nie\*

- dla otoczenia:      tak\*              nie\*

#### **II. Objawy choroby, charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy**

*\*właściwe podkreślić*



## ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

im. Świętego Jana Pawła II w Międzychodzie

ul. Teresy Remiszewskiej 4, 64-400 Międzychód, tel. 502 371 595, e-mail: kontakt@sdsmedzychod.pl

NIP: 595 148- 63-41

wypełnia Poradnia Zdrowia Psychicznego/ Poradnia Neurologiczna

.....  
.....  
.....  
III. Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym/oddziale neurologicznym: .....

IV. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres)  
.....  
.....

Na podstawie badań lekarskich oraz załączników badań dodatkowych stwierdza się, że  
badana osoba .....

/imię i nazwisko/

- powinna być skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi\*
- nie kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy z powodu przeciwwskazań zdrowotnych\*

W/w zalecono pobieranie leków: /dokładanie wypełnić!- nazwa leku oraz dawkowanie/

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Wyjaśnienie:** Przeciwwskazaniem do uczęszczania do Środowiskowego Domu Samopomocy jest: choroba zakaźna w stadium zakaźnym lub choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy lub dla osób z jej otoczenia.

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/podpis i pieczęć lekarza/

\*właściwe podkreślić