

**Wyniki badania lekarza psychiatry lub neurologa
dotyczące osób upośledzonych i z zaburzeniami psychicznymi**

Na podstawie badań klinicznych z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się u osoby badanej

.....
/imię i nazwisko/

I. ROZPOZNANIE – wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD – 10 z podaniem kategorii:

1. zaburzenia psychiczne:

- choroba psychiczna:

.....
.....

- inne zakłócenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych:

.....
.....

- uzależnienia:

a) alkoholizm: tak – nie*

b) narkomania: tak – nie*

c) lekomania: tak – nie*

d) inne (wypisać jakie)

.....

2. upośledzenie umysłowe:

3. epilepsja: tak – nie*

II. OBJAWY CHOROBY

1. Dokładny opis objawów

.....
.....

2. Czy w/w osoba stanowi zagrożenie dla siebie?

a) nie*

b) tak* - co o tym świadczy

.....

3. Czy w/w osoba stanowi zagrożenie dla innych?

a) nie*

b) tak* - co o tym świadczy

.....

4. Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym

a) czas pobytu:

.....

b) ilość hospitalizacji:

.....

Na podstawie badań lekarskich z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że badana osoba

.....

/imię i nazwisko/

powinna zostać skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi*

Zalecono pobieranie leków (wypełnić dokładnie! – nazwa leku i dawkowanie):

-
-
-
-

2. Proszę podać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy:

- a) Treningi funkcjonowania w codziennym życiu
- b) Poradnictwo psychologiczne
- c) Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- d) Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych
- e) Niezbędną opiekę
- f) Terapię ruchową
- g) Inne formy jakie.....

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić