

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA
dotyczące możliwości uczestniczenia w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy w Otwocku

1. Imię i nazwisko
2. Adres.....
3. Rozpoznanie.....
.....
4. Złeczone leki, dawkowanie
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków.....
.....
6. W przypadku epilepsji - charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania.....
.....
7. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja.....
8. Czy występowały zachowania niebezpieczne: tak/nie
na czym polegały.....
kiedy ostatni raz wystąpiły.....
zwiastuny.....
zalecane środki ostrożności.....
9. Czy wystąpiły próby „S”: tak/nie
10. Inne ważne informacje.....

.....
(miejscowość i data)

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