

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/ NEUROLOGA

Dotyczące uczestnika zajęć w Środowiskowym Domu Samopomocy w Brzozowcu

1. Imię i nazwisko
2. Adres.....
3. Rozpoznanie (*na podstawie ISD-10, oraz w kontekście Rozp. MPiPS z 9 grudnia 2010 r.-§2.5*)
.....
 - a. Dla osób przewlekle psychicznie chorych (typ domu A)
.....
 - b. Dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także osoba z lekką niepełnosprawnością intelektualną, gdy także występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne (typ domu B)(*wpisać jednostkę chorobową*)
.....
 - c. Dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczone do zaburzeń psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych (typ domu C)
.....
 - d. Dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi (*osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz wpisami dwoma lub trzema symbolami przyczyny niepełnosprawność*). (typ domu D)
.....
4. Zalecane leki, dawkowanie
.....
.....
5. Inne schorzenia(sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków
.....
.....
w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania
.....
.....
6. Inne ważne informacje
.....
.....

Stwierdza się że badana osoba powinna **być skierowana/ nie kwalifikuje się** * do Ośrodka Wsparcia w celu uzyskania wsparcia.

.....
(miejscowość i data)

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

- Niewłaściwe skreślić