…………………………………………

(pieczęć zakładu)

**OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA**

Dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………….…………...
2. Adres ………………………………………………………………………..………………………….............
3. Rozpoznanie…………………………………………………………………………………………………….
4. Zalecone leki, dawkowanie …………………………………………………………………………………….
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania

leków ……………………………………………………………………………………………………….…...

………………………………………………………………………………………………………………….

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania

…………………………………………………………………………………………………………………..

uczulenia: ………………………………………………………………………………………………………

1. Ilość hospitalizacji ………………………ostatnia hospitalizacja……………………………...........................
2. Zachowania niebezpieczne:

występowały – tak/nie

na czym polegały ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

kiedy ostatni raz wystąpiły …………………………………………………………………………………….

zwiastuny ………………………………………………………………………………………………………

zalecane środki ostrożności ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

próby „S” ………………………………………………………………………………………………………

1. Inne ważne informacje …………………………………………………………………..…………………...…

…………………………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………. ………………….……………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)

…………………………………………

(pieczęć zakładu)

**WNIOSEK KIERUJĄCY**

**DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

**(placówki rehabilitacji społecznej)**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………..….…..……………

Adres …………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia ……………………………………………………………………….……………..…

Rozpoznanie ……………………………………………………………………….………………..…

…………………………………………………………………………………….……………….…..

………………………………………………………………………………………………..………..

Kieruję (tak/nie) do udziału w programie rehabilitacyjnym w Środowiskowym Domu Samopomocy

Inne ważne informacje ………………………………………………………….…………………….

…………………………………………………………………………………..…………………….

……………………………………………………………………………………..………………….

…………………………………………. ………………….……………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa