.....
(pieczęć poradni)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. **Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy:**

.....

2. **Miejsce zamieszkania:**

.....

3. **Szczegółowy opis zaburzeń psychicznych (rozpoznanie):**

.....

.....

.....

4. **Inne istotne informacje dotyczące osoby badanej z punktu widzenia funkcjonowania w grupie:**

.....

.....

.....

5. **Na podstawie diagnozy zaburzeń psychicznych w/w kwalifikuje się do ŚDS dla osób:**
(należy zaznaczyć jednostkę wiodącą)

a) przewlekle psychicznie chorych – Typ A
b) upośledzonych umysłowo – Typ B
c) wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych – Typ C

6. **Aktualny stan zdrowia osoby badanej, dotyczący występujących zaburzeń psychicznych:**

.....

.....

.....

7. **Określenie możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS biorąc pod uwagę występujące zaburzenia psychiczne:**

a) brak przeciwwskazań do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS
b) istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach ŚDS

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa)

Zaświadczenie wydaje się w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z dnia 17 grudnia 2010 r. Nr 238, poz. 1586)