

Załącznik 1

.....  
.....

*(pieczęć poradni)*

*(miejsowość, 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)*