

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy
.....
2. Adres zamieszkania
3. Szczegółowa diagnoza lekarska
-
Rozpoznanie
- kwalifikujące w/w osobę do ŚDS typu:
 - A - dla osób przewlekłe psychicznie chorych*
 - B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną*
 - C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych*
 - D – dla osób ze spektrum autyzmu*
4. Zalecane leki, dawkowanie
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków
-
w przypadku epilepsji - charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania
-
w przypadku autyzmu - charakterystyka zachowania, oraz niezbędnego postępowania
-
6. Ilość hospitalizacji ostatnia hospitalizacja
7. Zachowania niebezpieczne: występowały - TAK / NIE
na czym polegały
-
kiedy ostatni raz wystąpiły
- zwiastuny
- zalecane środki ostrożności
-
 próby „S”
8. Inne ważne informacje i zalecenia lekarza.....
-

*** Odpowiednie zakreślić**

Zaświadczenie opracowano na podstawie Rozporządzenia MPiPS z dnia 9 grudnia 2010 r. §7 pkt 1

.....
(miejscowość i data)

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