

## Zaświadczenie lekarza psychiatry

1 Imię, nazwisko:

.....

2 Adres.....

3 Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

.....

.....

4 Zlecone leki (jakie?), dawkowanie .

.....

.....

5 Schorzenia współistniejące, utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli

specjalistycznej np.:

• epilepsja – zwiastuny, opis ataków.....

• porażenia.....

6 Hospitalizacje- kiedy, z jakiego powodu

.....

.....

7 Zachowania niebezpieczne, jakie?

.....

.....

8 Zachowania w grupie, jakie?

.....

.....

9 Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w ŚDS?:

TAK

NIE\*

10 Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....

11 Inne uwagi i informacje

.....

.....

(miejscowość i data)

(pieczętka i podpis)

\* niewłaściwe skreślić