



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego indywidualną opiekę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską- wraz z nr świadczeniodawcy oraz REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA*

kierujące do dziennego ośrodka wsparcia Środowiskowego Domu Samopomocy w Dębnie

(właściwe zakreślić znakiem X):

- a. **Środowiskowego Domu Samopomocy typu A**
(dla osób chorujących psychicznie)
- b. **Środowiskowego Domu Samopomocy typu B**
(dla osób z niepełnosprawnością intelektualną)
- c. **Środowiskowego Domu Samopomocy typu C**
(dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych)
- d. **Środowiskowego Domu Samopomocy typu D**
(dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi)

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie:

.....

PESEL

Adres zameldowania:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

Ubezpieczeniowanie Tak Nie

Jeżeli tak, imię i nazwisko opiekuna prawnego:

.....

Dane kontaktowe (telefon, mail, adres):

.....



Imię i nazwisko osoby/osób dającej/ych faktyczne wsparcie (jeżeli istnieje/ją), kontakt:

.....
.....

I. WYWIAD

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....
.....

2. Główne objawy, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie:

.....
.....
.....

3. Aktualne leczenie biologiczne (nazwy leków, dawki)

.....
.....
.....
.....

3. Informacje o hospitalizacjach

Liczba hospitalizacji pełnodobowych	
Termin I hospitalizacji	
Termin ostatniej hospitalizacji	
Liczba pobytów w oddziałach dziennych	
Termin I pobytu	
Termin ostatniego pobytu	



4. Próby samobójcze Tak Nie

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

.....
.....

5. Nadużywanie alkoholu Tak Nie

Stosowanie innych substancji psychoaktywnych Tak Nie

Jeżeli tak, to jakie substancje, jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio:

.....
.....

6. Schorzenia współwystępujące

.....
.....
.....

II. FUNKCJONOWANIE W ŚRODOWISKU

1. Sytuacja mieszkaniowa (mieszka sam, z rodziną, standard zajmowanego mieszkania):

.....
.....

2. Sytuacja rodzinna (stan cywilny, związki, dzieci, relacje, osoby zależne):

.....
.....
.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga / nie wymaga* hospitalizacji:

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza,



Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do dziennego ośrodka wsparcia albo jej przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam / nie wyrażam* zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.

.....
data i podpis osoby kierowanej do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego

* Niepotrzebne skreślić

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia z 2010 r. późn. zm. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238, poz. 1586)

§7.1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, **dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych** oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.