

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY

dotycząca uczestnika Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce zamieszkania.....
4. Diagnoza psychiatryczna.....
.....
5. Przebieg leczenia
 - Data pierwszej hospitalizacjiostatniej.....
 - Liczba hospitalizacji.....
 - Główne powody hospitalizacji.....
.....
.....
 - Leki przyjmowane na stałe (jakie, dawkowanie).....
.....
.....
.....
6. Ocena stanu sprawności ruchowej.....
7. Ocena zdolności porozumiewania się.....
8. Ocena stanu psychicznego.....
.....
.....
.....
9. Zachowania negatywne/niebezpieczne występowały: tak nie*
Na czym polegały.....
.....
.....
Kiedy ostatni raz wystąpiły.....
Zwiastuny.....
Zalecane środki ostrożności.....
.....
.....
10. Czy wymaga opieki osób trzecich do zaspokajania podstawowych potrzeb: tak nie*

11. Od kiedy pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenia.....

.....

12. Czy stan zdrowia pozwala na udział w grupowych zajęciach ŚDS: tak nie*

13. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza (inne ważne informacje).....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza