

( pieczęć PZP lub Por. Neurologicznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
(dla potrzeb uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy )

Imię i nazwisko badanego : .....

Adres : .....

Data urodzenia : .....

**I. ROZPOZNANIE :**

1. zaburzenia psychiczne

- choroba psychiczna.....

- inne zakłócenia możliwości psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

.....

- uzależnienia :

a/ alkoholizm    tak    nie \*

b/ narkomania    tak    nie \*

c/ lekomania    tak    nie \*

d/ inne ( jakie ) .....

2. upośledzenie umysłowe : .....

3. epilepsja    tak    nie \*

**II. W/W OSOBA NIE STANOWI ZAGROŻENIA :**

a/ dla siebie    tak    nie \*

b/ dla otoczenia    tak    nie \*

**III. OSTATNI POBYT W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM :**

.....

częstotliwość hospitalizacji .....

**IV. OBJAWY CHOROBY ( dokładny opis ) .....**

.....

**V. ZALECONE LECZENIE : .....**

.....

Data : .....

/pieczęć i podpis  
lekarza psychiatry lub neurologa/

\* właściwe podkreślić