

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Rozpoznanie

4. Zalecane leki, dawkowanie

5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej,
stosowania leków

.....

w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania

.....

uczulenia:

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

9. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w Środowiskowym Domu Samopomocy ?

TAK

NIE

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)