

.....  
pieczętka

.....  
( miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie wydane przez  
LEKARZA PSYCHIATRĘ/LEKARZA NEUROLOGA**

**do celów pomocy społecznej dla ubiegającego się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy „Promyk” w Gościnie wydane na podstawie §7.1 rozporządzenia MPiPS z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy ( Dz. U. 2010r. Nr 238, poz. 1586 ze zm. Dz. U. z 2014r. poz. 1752)**

1. Pan/Pani.....

PESEL....., zam. ....

2. Rozpoznanie:

.....

.....Symbol wg klasyfikacji ICD -10.....

3. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Uwagi i zalecenia lekarza kierującego do ŚDS

.....

.....

.....

.....

.....

4. W/w leki przyjmuje stale\*/ okresowo.

.....  
podpis i pieczętka lekarza

\*) niepotrzebne skreślić