

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

Choroby współwystępujące.....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie).....

.....

.....

Osoba kwalifikuje się do środowiskowego domu samopomocy o następującym typie *:

- 1) typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 2) typ B- dla osób upośledzonych umysłowo;
- 3) typ C- dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych.

*właściwe podkreśl

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)