

.....
(pieczęć nagłówkowa)

Zaświadczenie lekarskie
(Lekarz Psychiatra lub Neurolog)

Pan/i

Urodzony/a

Zamieszkały/a

.....

Okresowa ocena stanu psychicznego

.....
.....
.....

Rozpoznanie:

.....
.....

Przebieg choroby:

.....
.....
.....

Inne schorzenia:

.....
.....

Farmakoterapia:

.....
.....

Wskazania / przeciwwskazania * do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy

.....
.....
.....

Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
.....
.....

.....

(data badania lekarskiego)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*niepotrzebne skreślić