

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego

Zaświadczenie lekarza psychiatry

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Przebieg leczenia:

a. data pierwszej hospitalizacji ostatniej

b. liczba hospitalizacji łączny czas hospitalizacji

c. główne powody hospitalizacji

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego:

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza psychiatry

ZAŁĄCZNIK NR 4

do Regulaminu Organizacyjnego ZOL-
Zarządzenie nr 2/2014 z 8.01.2014 r.

Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra dla osoby chorej psychicznie ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego

Zaświadczenie lekarza psychiatry

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego:

.....

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

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

3. Przebieg leczenia:

a. data pierwszej hospitalizacji ostatniej

b. liczba hospitalizacji łączny czas hospitalizacji

c. główne powody hospitalizacji

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego:

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

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....
.....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

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

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć lekarza psychiatry