załącznik nr 6

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UMIESZCZENIA W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM**

1. Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

   .....

2. PESEL: …….

3. 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 w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie …….....

   .....

   .....

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

   .....

   .....

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe lekarza psychiatry

   .....

   .....

..... .....

miejscowość i data podpis i pieczęć lekarza psychiatry