

**Wyniki badania lekarza psychiatrii lub neurologa  
dotyczące osób upośledzonych i z zaburzeniami psychicznymi**

(PROSZE WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI W JEZYKU POLSKIM)

Na podstawie badań klinicznych z dnia ..... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się u osoby badanej .....

imię i nazwisko

**I. ROZPOZNANIE** – wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD – 10 z podaniem kategorii:

1. zaburzenia psychiczne:

- choroba psychiczna: .....
- inne zakłócenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych: .....
- uzależnienia:
  - a) alkoholizm: tak – nie
  - b) narkomania: tak – nie
  - c) lekomania: tak – nie
  - d) inne (wypisać jakie) .....

2. upośledzenie umysłowe: .....

3. epilepsja: tak – nie

**II. OBJAWY CHOROBY**

1. Dokładny opis objawów .....

2. Czy w/w osoba stanowi zagrożenie dla siebie?

- a) nie
- b) tak - co o tym świadczy.....

3. Czy w/w osoba stanowi zagrożenie dla innych?

- a) nie
- b) tak - co o tym świadczy.....

4. Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym

- a) czas pobytu: .....
- b) ilość hospitalizacji: .....

Na podstawie badań lekarskich z dnia ..... oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że badana osoba .....

imię i nazwisko

**1. Powinna zostać skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi\***

Zalecono pobieranie leków (wypełnić dokładnie! – nazwa leku i dawkowanie):

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**2. Proszę podać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy:**

- a) Treningi funkcjonowania w codziennym życiu
- b) Poradnictwo psychologiczne
- c) Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- d) Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych
- e) Niezbędną opiekę
- f) Terapię ruchową
- g) Inne formy jakie.....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

---

\* właściwe podkreślić