

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu chronionym

.....

2. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....

.....

.....

3. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby w środowisku ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu chronionym

.....

.....

4. Czy osoba , o której mowa w pkt 1 jest osobą:

- z zaburzeniami psychicznymi [ ] tak\* [ ] nie \*jeżeli tak, proszę uzupełnić pkt 5 i 6

- z upośledzeniem intelektualnym [ ] tak [ ] nie

5. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

.....

.....

.....

.....

.....

6. Przebieg leczenia psychiatrycznego:

a) data pierwszej hospitalizacji ....., ostatniej .....

b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji .....

c) główne powody hospitalizacji

.....

.....

7. Uwagi

.....

.....

.....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza psychiatry