

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA  
DLA OSOBY (Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM) UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY  
I OŚRODKA WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

.....

2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna:

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

3. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji:

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

4. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi pod względem:

a) intelektualnym:

.....  
.....

b) emocjonalnym:

.....  
.....

c) społecznym:

.....  
.....

5. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań:

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

6. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

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

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak to jak długo?

.....  
.....

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

.....  
.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza neurologa:

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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis lekarza neurologa)