

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE PRZEZ LEKARZA PSYCHIATRĘ

Nazwisko i imię  
osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

.....  
Data, miejsce urodzenia.....  
Adres zamieszkania:.....

.....  
I. Rozpoznanie( choroba zasadnicza-psychiczna )w języku polskim oraz wg klasyfikacji ICD-10

.....  
II. Wywiad ( początek i przebieg choroby, przebieg dotychczasowego leczenia, główne  
dolegliwości, rokowanie ).....

.....  
III. Współistniejące zaburzenia psychiczne, w tym uzależnienia

.....  
IV. Nazwy leków przyjmowanych przez pacjenta w chorobie psychicznej ( postać, dawkowanie )

.....  
Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga z powodu przewlekłej choroby psychicznej  
całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

.....  
( pieczęć, podpis lekarza, data )