

Zaświadczenie lekarza psychiatry/neurologa*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy.

.....
.....

2. Adres zamieszkania

.....
.....

3. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna/neurologiczna*

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

4. Opis aktualnego stanu osoby badanej

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*niepotrzebne skreślić