*Pieczątka Poradni*

***ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY***

**1.Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Bychawie, ul. Pileckiego 20………………………………………………….**

**2. Data urodzenia………………………………………………………………………………**

**3. PESEL albo numer dokumentu tożsamości….....................................................................**

**4. Adres (miejsce zamieszkania)……………………………………………………………....**

**5. Rodzaj schorzenia:**

**a). choroba psychiczna**

**Rozpoznanie…………………………………………………………………………………….**

**b). upośledzenie umysłowe**

**Rodzaj upośledzenia:………………………………………………………………………......**

**6. Zakres usług świadczonych przez Środowiskowy Dom Samopomocy niezbędny do poprawy funkcjonowania uczestnika:**

**a). terapia zajęciowa,**

**b). zajęcia z psychoterapii,**

**c). badania i terapia psychologiczna,**

**d). pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych,**

**e). rehabilitacja ruchowa,**

**f). praca socjalna,**

**g). różne rodzaje treningów.**

**7. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania uczestnika na zajęcia prowadzone przez Środowiskowy Dom Samopomocy:**

**a) tak (jakie…………………………………………………………………………….……)**

**b). nie**

***\*właściwe podkreślić***

***\*zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w ŚDS w Bychawie, ul. Pileckiego 20***

**…………………………………………. ……………………………………………**

**(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)**