|  |
| --- |
| Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego indywidualną opiekę lekarską lubindywidualną specjalistyczną praktykę lekarską- **wraz z nr świadczeniodawcy oraz REGON** |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA\***

**kierujące do dziennego ośrodka wsparcia Środowiskowego Domu Samopomocy w Dębnie**
 *(właściwe zakreślić znakiem X)*:

1. **□Środowiskowego Domu Samopomocy typu A**

(dla osób chorujących psychicznie)

1. **□ Środowiskowego Domu Samopomocy typu B**

(dla osób z niepełnosprawnością intelektualną)

1. **□** **Środowiskowego Domu Samopomocy typu C**

(dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych)

1. **□** **Środowiskowego Domu Samopomocy typu D**(dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi)

**Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o przyjęcie:

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

**PESEL □□□□□□□□□□□**

**Adres zameldowania:**...............................................................................................................................................

**Adres zamieszkania**:…………………………………….................……………………………............................................................

**Telefon:**......................................................................................................................................................................

**Ubezwłasnowolnienie** Tak **□** Nie **□**

Jeżeli tak, imię i nazwisko opiekuna prawnego:

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

Dane kontaktowe (telefon, mail, adres):

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

Imię i nazwisko osoby/osób dającej/ych faktyczne wsparcie (jeżeli istnieje/ją), kontakt:

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

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

**I. WYWIAD**

1**. Rozpoznanie** (choroba zasadnicza):

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

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

2. Główne objawy, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie:

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

3. Aktualne leczenie biologiczne (nazwy leków, dawki)

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

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

3. Informacje o hospitalizacjach

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba hospitalizacji pełnodobowych |  |
| Termin I hospitalizacji  |  |
| Termin ostatniej hospitalizacji |  |
| Liczba pobytów w oddziałach dziennych |  |
| Termin I pobytu |  |
| Termin ostatniego pobytu |  |

4. Próby samobójcze Tak **□** Nie **□**

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

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

5. Nadużywanie alkoholu Tak **□**  Nie **□**

Stosowanie innych substancji psychoaktywnych Tak **□**  Nie **□**

Jeżeli tak, to jakie substancje, jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio: …………………………...……………………..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Schorzenia współwystępujące

…………………………...……………………..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………...……………………...............................................................................................................................

**II. FUNKCJONOWANIE W ŚRODOWISKU**

1. Sytuacja mieszkaniowa (mieszka sam, z rodziną, standard zajmowanego mieszkania):

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

2. Sytuacja rodzinna (stan cywilny, związki, dzieci, relacje, osoby zależne):

..................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………..……… ...................................................................................................................................................................................

**Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona, w chwili badania wymaga / nie wymaga\* hospitalizacji:**

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

 Data, pieczęć i podpis lekarza,

Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do dziennego ośrodka wsparcia albo jej przedstawiciela ustawowego:

**Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na gromadzenie i przechowywanie moich danych osobowych**

**w związku z ubieganiem się o przyjęcie do w/w placówki.**

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

 data i podpis osoby kierowanej do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego

*\* Niepotrzebne skreślić*

|  |
| --- |
| **Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia z 2010 r. póżn. zm. w sprawie środowiskowych domów samopomocy ( Dz. U. Nr 238, poz. 1586)** §7.1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, **dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach** **psychicznych** oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada. |