**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA\***

(dotyczy osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS Nr 2 w Stalowej Woli)

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………….
3. Rozpoznanie (występujące zaburzenia psychiczne):

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

1. Inne współistniejące schorzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Inne informacje, ważne z punktu widzenia uczestnictwa w zajęciach w ŚDS Nr 2:

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

…………………………………………………………………………………………...

1. Proponowane skierowanie do Typu Domu\*

TYP A – dla osób z zaburzeniami psychicznymi

TYP B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

TYP C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

…………………………… ……………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

\* właściwe zaznaczyć