

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA

dotycząca uczestnika zajęć w Środowiskowym Domu Samopomocy w Wolbromiu

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres.....
3. Rozpoznanie.....
4. Zalecone leki, dawkowanie.....
.....
.....
5. Inne schorzenia (sprzężone) utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej, stosowania leków.....
.....
.....
w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania.....
.....
.....
uczulenia.....
.....
6. Ilość hospitalizacji.....ostatnia hospitalizacja.....
7. Zachowania niebezpieczne:
występowały – tak/nie
na czym polegały.....
kiedy ostatni raz.....
zwiastuny.....
zalecane środki ostrożności.....
.....
.....
8. Inne ważne informacje.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)