

.....  
pieczęćka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o udzielenie wsparcia w mieszkaniu treningowym

.....  
.....

2. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

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

3. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby w środowisku ubiegającej się o wsparcie w mieszkaniu treningowym.....

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

4. Czy osoba, o której mowa w pkt I jest osobą:

- z zaburzeniami psychicznymi  tak\*  nie \* jeżeli tak, proszę uzupełnić pkt 5 i 6
- z upośledzeniem intelektualnym  tak  nie

5. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna

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

6. Przebieg leczenia psychiatrycznego:

a) data pierwszej hospitalizacji ....., ostatniej.....

b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji .....

c) główne powody hospitalizacji

.....  
.....

7. Uwagi

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

.....  
miejsowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza psychiatry