

.....  
/ pieczęć poradni /

## **OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY**

Dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres .....

3. Rozpoznanie .....

4. Zalecane leki, dawkowanie.....

.....

.....

.....

5. Czy leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego odbywa się w sposób regularny?

.....

6. Ilość hospitalizacji ..... ostatnia hospitalizacja .....

7. Czy u uczestnika występowały zachowania niebezpieczne , jeśli tak to jakie?

.....

.....

.....

.....

Zalecane formy postępowania w w/w przypadkach .....

.....

.....

.....

.....  
/ miejscowość i data /

.....  
/ podpis i pieczęć lekarza psychiatry/