

OPINIA LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)