

**Zaświadczenie lekarskie lekarza psychiatry/neurologa o stanie zdrowia**  
osoby ubiegającej się o przyjęcie  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Łobzie

Imię i nazwisko .....ur. ....

Adres zamieszkania.....

1. Diagnoza lekarska /psychiatryczna, neurologiczna.....

.....  
.....

2. Współistniejące zaburzenia psychiczne/ zaburzenia czynności psychicznych.....

.....  
.....

3. Ocena aktualnego stanu.....

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

4. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w terapii w placówce/ odpowiednie podkreślić/:

**Tak**

**Nie**

5. Uwagi, wskazania lekarza.....

.....  
.....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/