

## 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 .....
- .....
- uczulenia: .....
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 .....
- .....
- .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)