

SKIEROWANIE LEKARZA NEUROLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego
Domu Samopomocy w Stąporkowie

2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna

.....

.....

3. Przebieg leczenia

a) data pierwszej hospitalizacji

b) data ostatniej hospitalizacji.....

c) liczba hospitalizacji

d) łączny czas hospitalizacji

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

.....

.....

.....

.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Stąporkowie

.....

.....

.....

6. Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....

.....

7. Uwagi uzupełniające, zalecenia i wnioski lekarza

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

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