pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Miejscowość i data .....

Zaświadczenie psychologa o na potrzeby osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

1.Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

2.Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu..... IQ.....

3.Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym

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

b)emocjonalnym

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

c)społecznym

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

4.Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowania

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

5.Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu?

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

czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?

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

6.Przebieg dotychczasowej rehabilitacji

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

7.Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

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

8.Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa

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

.....

(miejscowość i data)
(podpis psychologa)