

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub poradni zdrowia psychicznego
lub lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Imię i nazwisko:

2. Pesel:

3. Adres zamieszkania

4. Rozpoznanie (choroba zasadnicza, choroby współistniejące):

.....
5. Początek i przebieg choroby:

.....
6. Aktualnie stosowane leki wraz z dawkowaniem:

.....
7. Informacje o leczeniu:

Początek leczenia			
Ilość hospitalizacji całodobowych		Ilość pobytów w oddziałach dziennych	
Data pierwszej hospitalizacji		Data pierwszego pobytu	
Data ostatniej hospitalizacji		Data ostatniego pobytu	

8. Próby samobójcze Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

.....

.....

9. Nadużywanie alkoholu Tak ☐ Nie ☐

Używanie innych substancji psychoaktywnych Tak ☐ Nie ☐

Jakich?

Jeżeli tak, to jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio, jaki wpływ na zachowanie i leczenie choroby zasadniczej/chorób współistniejących

.....

.....