

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA NEUROLOGA

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Płońsku:

.....  
.....

2. Szczegółowa diagnoza neurologiczna:

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

3. Przebieg leczenia:

a) liczba hospitalizacji.....

b) główne powody hospitalizacji.....

.....  
.....

4. Opis aktualnego stanu neurologicznego osoby badanej:

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

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku osoby ubiegającej się o skierowanie:

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

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza neurologa:

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

.....  
(miejscowość i data)

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

