**Załącznik nr 2**

…………………………………………………………………………

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej 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

…………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

**Podpis i pieczątka lekarza**

**………………………………….**