

.....
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

OŚRODKA LECZENIA ODWYKOWEGO W WOSKOWICACH MAŁYCH WOSKOWICE MAŁE, UL. PAŁACOWA 15, 46-100 NAMYSŁÓW

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,
- za zgodą / bez zgody* przedstawiciela ustawowego,
kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią/Pana*

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w:

.....
(adres zamieszkania)

1. Numer PESEL, w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu

stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia

2. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*.

3. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy:

(imię i nazwisko, adres)

4. Przedstawiciel ustawy, jeżeli dotyczy:

(imię i nazwisko, adres)

5. Rozpoznanie:

6. Inne informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas

stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja,

nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

*Odpowiednie zakreślić.