_____ _____
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą) (miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

_____

(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 ustawowy, 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.