

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

.....
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „Straszny Dwór”

43-502 Czechowice – Dziedzice ul. Stalmacha 9, tel. 32 215- 50- 05

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.