

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

.....
 (miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Ciborzu

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:

*)Odpowiednie zakreślić.

.....
 imię i nazwisko, specjalizacja,
 nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza