

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską)

....., dnia .....  
(miejscowość)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

**(osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Ciborzu)**

1. Nazwisko, imię .....

2. Data, miejsce urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania .....

4. Choroba zasadnicza (wg ICD 10): .....

.....

5. Choroby współistniejące (wg ICD 10): .....

.....

6. Aktualne leczenie (leki i dawki): .....

.....

.....

.....

.....

7. Stan zdrowia uzasadniający skierowanie do ZOL:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba z powodu przewlekłej choroby psychicznej wymaga całodobowej opieki, pielęgnacji osób drugich i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji szpitalnej.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza psychiatry)

\* niepotrzebne skreślić