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

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

OŚRODEK REHABILITACYJNY DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH
„SAN DAMIANO" (2752)
26-060 CHĘCINY, UL. FRANCISZKAŃSKA 10
(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.