

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

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO**

Po osobistym zbadaniu:

- za zgodą / bez zgody*,

- za zgodą / bez zgody* przedstawiciela ustawowego,

kieruję do zakładu opiekuńczo-leczniczego 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 zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:.....
.....
.....
.....

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

*) odpowiednie zakreślić