....................................................... ...............................................

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

## SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

............................................................................................................................................

(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)

1. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy: ................................................................................................................ (imię i nazwisko, adres)
2. Rozpoznanie: .......................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

1. 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.