

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

.....  
(miejsowość, data)

### SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Stowarzyszenie MONAR  
Krótkoterminowy Ośrodek Terapii i Rehabilitacji  
w Budach Zosinych  
Budy Zosine 109, 96-313 Jaktorów  
tel. 46 856-51-91  
REGON: 000972654, NIP: 529-16-35-816

.....  
(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.