

.....
(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.