106

.....
(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)

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)