

\_\_\_\_\_  
(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, 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)

\*1) Odpowiednie zakreślić.