

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

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Chrześcijański Ośrodek Dla Osób Uzależnionych „TEEN CHALLENGE” Broczyna

(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.