

.....  
(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 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