………………………………………… …………………, dnia …….…20…..r.

 oznaczenie podmiotu leczniczego Miejscowość

  *ważność 30 dni od daty wystawienia*

SKIEROWANIE DO

# Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Celejowie

**Celejów 68 24-120 Kazimierz Dolny**

do którego mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.z 2018r., poz.1878 ze zm. ) o szpitalu psychiatrycznym

Po osobistym zbadaniu:

-za zgodą / bez zgody\*,

-za zgodą / bez zgody\* przedstawiciela ustawowego,

kieruję do psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego Panią/Pana:

……………..................................................................................................................................,

(Imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w: ………………………………..................................................................

......................................................................................................................................................

(Adres zamieszkania)

1. Numer PESEL ………………………………………….........................................................

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 choroby (zasadniczej i współistniejących, według klasyfikacji ICD-10):

......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

6. Informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego, w tym dotyczące dotychczasowego i aktualnie stosowanego leczenia psychiatrycznego oraz internistycznego:

…………………..........................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Imię i nazwisko, specjalizacja,

 nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

\* właściwe zakreślić