

.....
oznaczenie podmiotu leczniczego

....., dnia20.....r.
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