

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

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. św. Antoniego w Radecznicy ul. Klasztorna 4 22-463 Radecznica

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

Po osobistym zbadaniu kieruję do szpitala psychiatrycznego

Panią/Pana:
(imię i nazwisko)

zamieszkałą(-ego) w:

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 ustawy, 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.