

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

.....  
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO**  
***SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze***

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)

\*) Odpowiednie skreślić