Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 21 grudnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz.2475)

……………………………………………………… ………………………………

(oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą) (miejscowość, 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