

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejsowość, data, godzina)

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO/ODDZIAŁ LECZENIA ZABURZEŃ
NERWICOWYCH**

ARKA VITAE S.A.

Sanatorium Ustroń Ośrodek Tulipan
43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 21

Rejestracja: Tel. 33 854 37 80 wewn.. 150 (pn-pt 8⁰⁰-16⁰⁰) email nzoz@sanatorium-ustron.pl

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do szpitala psychiatrycznego

Panią/Pana:

córkę/syna:

ur. W

zamieszkałą(ego) samotnie/wspólnie z innymi osobami*) w:

.....

1. Stan cywilny:

1) panna/kawaler, 2) zamężna/żonaty, 3) wdowa/wdowiec, 4) rozwiedziona(y), 5) brak danych*).

2. Zatrudnienie:

1) czynna(y) zawodowo, 2) emeryt(ka)/rencista(ka), 3) na utrzymaniu innych osób,
4) bezrobotna(y), 5) utrzymuje się z innych źródeł, 6) brak danych*).

3. Wykształcenie:

1) podstawowe, 2) zawodowe, 3) średnie, 4) wyższe, 5) inne/niepełne, 6) brak danych*).

4. Rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej:

.....

5. PESEL (jeżeli posiada)

6. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*).

7. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego):

1) małżonek:

.....

(imię, nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną:

.....

(imię, nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy:

.....

(imię, nazwisko, adres)

8. Wywiad od osoby badanej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Wywiad od rodziny i innych osób:

.....

.....

