

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

.....
(miejscowość, data, godzina)

SKIEROWANIE DO OŚRODKA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia”

Wandzin, 77-300 CZŁUCHÓW, gm. Przechlewo, woj. pomorskie

(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do Ośrodka leczenia uzależnień

Panią/Pana:

córkę/syna:

ur. W

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

Telefon kontaktowy:

1. Stan cywilny:

1) panna/kawaler, 2) zamężna/zonaty, 3) wdowa/wdowiec, 4) rozwiedziona(-ny), 5) brak danych*).

2. Zatrudnienie:

1) czynna(-ny) zawodowo, 2) emeryt(ka)/rencista(-tka), 3) na utrzymaniu innych osób, 4) bezrobotna(-ny),

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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)):

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:

.....

.....

.....

.....

10. Ocena stanu fizycznego (szczególnie choroby somatyczne i przewlekłe):

.....
.....
.....
.....
.....

11. Ocena stanu psychicznego:

.....
.....
.....
.....
.....

12. Rozpoznanie wstępne:

.....
.....
.....
.....

13. Leczenie farmakologiczne (nazwa, dawka i sposób przyjmowania leków):

.....
.....
.....
.....

13. Stwierdzam, że*):

1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób

Uzasadnienie:.....
.....
.....

2) nieprzyjęcie osoby badanej do ośrodka lub szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w ośrodku lub szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

14. Skierowanie jest ważne 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka lub szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić.