

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

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE DO OŚRODKA

Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”

EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie, Wandzin 1, 77 – 300 Człuchów

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

- Oddział Terapii Uzależnienia Od Alkoholu (4744)*
- Oddział Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych (4746)*

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 ośrodka, w tym dot. oceny stanu fizycznego i psychicznego, stosowanego leczenia farmakologicznego, jeżeli dotyczy:

.....
.....

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja,
nr prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

* Odpowiednie zakreślić.