

.....  
(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. Telefon kontaktowy: .....

3. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych\*.

4. Osoba sprawująca opiekę faktyczną, jeżeli dotyczy: .....

(imię i nazwisko, adres)

5. Przedstawiciel ustawowy, jeżeli dotyczy: .....

(imię i nazwisko, adres)

6. Rozpoznanie: .....

7. 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.