

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

.....  
(miejsowość, data)

## SKIEROWANIE DO OŚRODKA

### Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkółka 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 (**Kod ICD-10**): .....
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.