

.....
pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data, godzina

**SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO
PSYCHIATRYCZNEGO**

.....
.....
.....
(nazwa i adres)
Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do oddziału opiekuńczo- leczniczego psychiatrycznego
Pana/Panią.....
córkę/synę:

.....
.....
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 nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód
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 dn. 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego – Dz. U. z 2011 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
.....
.....

11. Ocena stanu
psychicznego

