

WZÓR

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

Gdańsk
(miejscowość, data)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

**Wojewódzkiego Szpital Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
na Oddział OTUA (4744)
80-282 Gdańsk ul Srebrniki 17
Nip: 957-07-28-045**

e-mail: otua@wsp-bilikiewicz.pl

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

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:

5. Rozpoznanie: **F 10.2 lub F 19.2**

.....
.....

6. Inne informacje uzasadniające potrzebę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, w tym dotyczące dotychczas stosowanego leczenia, jeżeli dotyczy:

.....
.....

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

*) Odpowiednie zakreślić.