.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data, godzina)

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....
(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję

Pana/Panią .....

..... ur. ..... w .....
(imię ojca)

miejsce zamieszkania .....

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. Osoba badana nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie *(właściwe podkreślić)*

6. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy):

1) małżonek .....
(imię i nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną .....
(imię i nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy .....
(imię i nazwisko, adres)

7. Wywiad od osoby badanej .....

.....

.....

8. Wywiad od rodziny i innych osób: .....

.....

.....

9. Ocena stanu fizycznego .....

.....

.....

10. Ocena stanu psychicznego .....

.....

.....

11. Rozpoznanie wstępne .....

12. Stwierdzam że*:

1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób
(właściwe podkreślić)

Uzasadnienie: .....

.....

2) nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

13. Osoba badana ma być dowieziona do szpitala przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego: tak - nie
(właściwe podkreślić)

Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego .....

15. Skierowanie ważne jest 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

---

*) Zbędne skreślić