....
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) rozwiedziony 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, nazwisko, adres)

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

3) przedstawiciel ustawowy .....
(imię, 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 zaspokajania 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).

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego .....

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

.....

*)Zbędne skreślić

podpis i pieczęć lekarza