

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
NR umowy z NFZ

.....  
miejsowość, data, godzina

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU  
PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO PSYCHIATRYCZNEGO  
W NOWYM CZARNOWIE**

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję Panią/Pana .....

..... 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)  
3) na utrzymaniu rodziców 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 jest/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 lub zdrowiu innych osób  
(właściwe podkreślić)

Uzasadnienie: .....

.....

2) nieprzyjęci osoby badanej do zakładu psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,

3) osoba badana jest niezdolna do zaspakajania 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 zakładu przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego .....

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* ) zbędne skreślić

