

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

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO/ODDZIAŁ LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH
ARKA VITAE S.A.**

SANATORIUM USTROŃ OŚRODEK TULIPAN

43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 21

Rejestracja 33 854 37 80 wewn.150 (pon-piąt. 8:00-16:00) email: nozo@sanatorium-ustron.pl

Po osobistym zbadaniu 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:
(imię i nazwisko, adres)

5. Rozpoznanie:

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

7. Skierowanie jest ważne 14 (czternaście) dni od daty wystawienia. Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania

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

*) Odpowiednie zakreślić.