WZÓR

......................................................................   ....................................................

(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)              (miejscowość, data, godzina)

**SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO**

.......................................................................................................................................

(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do szpitala psychiatrycznego Panią/Pana: ......................................................................................................................................................,

córkę/syna: ......................................................................................................................................................,

ur. ............................................................... w .................................................................................................................................,

zamieszkałą(-łego) samotnie / wspólnie z innymi osobami\*) w: ......................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................... .

1.  Stan cywilny:

1) panna/kawaler, 2) zamężna/żonaty, 3) wdowa/wdowiec, 4) rozwiedziona(-ny), 5) brak danych\*).

2.  Zatrudnienie:

1) czynna(-ny) zawodowo, 2) emeryt(ka)/rencista(-tka), 3) na utrzymaniu innych osób, 4) bezrobotna(-ny), 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 numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej:

.......................................................................................................................................................

5.  PESEL (jeżeli posiada) .......................................................................................................................................................

6.  Osoba badana jest / nie jest ubezwłasnowolniona częściowo / całkowicie / brak danych\*).

7.  Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)):

1)  małżonek:

.......................................................................................................................................................

(imię, nazwisko, adres)

2)  osoba sprawująca opiekę faktyczną:

.......................................................................................................................................................

(imię, nazwisko, adres)

3)  przedstawiciel ustawowy:

.......................................................................................................................................................

(imię, nazwisko, adres)

8.  Wywiad od osoby badanej: .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

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

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

10.  Ocena stanu fizycznego: .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

11.  Ocena stanu psychicznego: .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

12.  Rozpoznanie wstępne: .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

13.  Stwierdzam, że\*):

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

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.

14.  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.

  .......................................

                                                                       (podpis i pieczątka lekarza)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*)  Odpowiednie zakreślić.