

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
(Miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarza psychiatry

Nazwisko i imię

Adres

PESEL

Rozpoznanie.....
.....
.....

Brak przeciwwskazań do umieszczenia chorego/chorej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym - pacjent/pacjentka nie zagraża sobie i otoczeniu.*

Chory wymaga umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.*

*niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis i pieczęć lekarza psychiatry)