

Rybnik, dnia.....

Pieczętka firmowa

Data, godzina

**SKIEROWANIE**  
**do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego\*\***

Kieruję Pana/Panią .....

Data urodzenia ....., płeć K / M

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL lub nr dok. tożsamości

.....

Adres .....

Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania\* .....

.....

do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego\*\*

W.....

Nazwa jednostki, adres

rozpoznanie .....

ICD – 10 .....

Inne informacje .....

.....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....

Pieczętka i podpis lekarza

\* w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody

\*\* niepotrzebne skreślić

---