…………………………………………

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej (Miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarza psychiatry**

Imię i nazwisko Pacjenta/Pacjentki………………………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie (choroba psychiatryczna)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Informuje o braku przeciwskazań do umieszczenia w/w osoby w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym o profilu ogólnym. Pacjent/pacjentka nie zagraża sobie ani otoczeniu.\*
* Chory wymaga umieszczenia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym dla pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi.\*

……………………………………………..

Pieczęć i podpis lekarza psychiatry

\*zaznaczyć odpowiednie