

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej



Data.....

Zaświadczenie lekarza psychiatry  
celem kwalifikacji pacjenta do pobytu w ZOL SP ZOZ Radziejów

Nazwisko i imię pacjenta.....PESEL.....  
adres zamieszkania.....

Diagnoza lekarska

.....  
.....

Aktualne leczenie farmakologiczne

.....  
.....

U pacjenta nie stwierdza się/stwierdza\* się występowanie przeciwwskazań do pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o profilu ogólnym.

Pan ..... jest osobą zdolną /niezdolną\*

Nazwisko i imię pacjenta

do wyrażenia świadomej zgody na umieszczenie i pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym.

.....

Pieczęć i podpis lekarza psychiatry

---

\* Niepotrzebne skreślić