



ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
(w przypadku Pacjenta kierowanego z Oddziału Szpitalnego
opinia lekarza prowadzącego)

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego
w Sokołowsku/Rościszowie:

Rok urodzenia:

Adres zameldowania:.....

.....

Choroba psychiczna:

a) NIE *)

b) TAK *) /jaka:

.....

*) niepotrzebne skreślić

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza psychiatry
lub lekarza kierującego z Oddziału Szpitalnego)