



**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)