



ZASWIADCZENIE 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:

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)