

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejsce data ,godzina)

SKIEROWANIE DO HOSTELU DLA UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

*Ośrodek Resocjalizacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” w Gajkach gm. Słupsk 76-206 Gajki 3
woj. pomorskie
(nazwa i adres)*

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do Hostelu dla Uzależnionych od Alkoholu

Panią/Pana:.....

córkę/syna:.....

ur.....w.....

zamieszkałą(-łego)samotnie/wspólnie z innymi osobami*) w.....

1. Stan cywilny:

1) panna/kawaler,2) zamężna/zonaty,3) wdowa/wdowiec,4) rozwiedziona/(-ny), 5) brak danych*

2. Zatrudnienie:

1) czynna(-ny)zawodowo,2) emeryt(ka)/rencista(-tka),3)na utrzymaniu innych osób,4) bezrobotna(-ny) 5) utrzymuje się z innych źródeł, 6)brak danych*)

3. Wykształcenie:

1)podstawowe,2) zawodowe,3)średnie,4) wyższe,5)inne/niepełne,6)brak danych*)

4. Rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej:

.....

5. PESEL (jeżeli posiada).....

6. Osoba badana jest/nie jest ubezwłasnowolniona częściowo/całkowicie/brak danych*)

7. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art.46ust.1 ustawy

z dnia 19 sierpnia1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego(Dz. U.z 2011 r. Nr 231,poz.1375)):

1) małżonek:

.....

(imię i nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca opiekę faktyczną

.....

(imię i nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy:

.....

(imię i nazwisko, adres)

8. Wywiad od osoby badanej:.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Wywiad od rodziny i innych osób:

.....
.....
.....

10. Ocena stanu Fizycznego:

.....
.....

11. Ocena stanu psychicznego:

.....
.....
.....

12. Rozpoznanie wstępne:

.....
.....

13. Stwierdzam, że*):

1) Osoba badana zagraża/ nie zagraża* bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób

Uzasadnienie:

.....

2) Nie ma przeciwwskazań/są przeciwwskazania* do udziału osoby w terapii: grupowej, indywidualnej, oraz zajęciach ergoterapeutycznych w Hostelach dla Uzależnionych od Alkoholu.

Uzasadnienie:

.....
.....

14. Skierowanie jest ważne 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do Hostelu dla Uzależnionych od Alkoholu, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027, z późn.zm.), w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

(podpis i pieczęć lekarza)

*) Odpowiednie zakreślić.