

.....  
pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO  
PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY BĘDĄCEGO JEDNOSTKĄ  
ORGANIZACYJNĄ OŚRODKA LECZNICZO – REHABILITACYJNEGO „PAŁAC  
KAMIENIEC” SP. Z O.O.**

Niniejszym kieruję:

1. ....  
Imię i nazwisko dziecka

2. ....  
Adres zamieszkania dziecka

3. ....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

4. Telefon kontaktowy .....

5. PESEL .....

6. Uczeń klasy: ..... szkoły\*): 1) szkoły podstawowej 2) gimnazjum

7. Dziecko badane jest / nie jest\*\*) ubezwłasnowolnione\*): 1) częściowo 2) całkowicie

8. Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10\*\*\*):

a) zasadnicze .....

b) współistniejące .....

9. Dotychczasowe leczenie psychiatryczne:

a) ambulatoryjne (od kiedy leczone i gdzie) .....

.....

b) hospitalizacje (przyczyna, kiedy, gdzie\*\*\*\*).....

.....

c) aktualnie przyjmowane leki (jakie, od kiedy, dawka, efekty) .....

.....

10. Pozostały przebieg leczenia:

a) czy pozostaje pod kontrolą poradni specjalistycznych (jakich, od kiedy) .....

.....

.....

b) inne przyjmowane leki (jakie, od kiedy, dawka, efekty\*\*\*\*\*).....

c) badania diagnostyczne: morfologia krwi, ALAT, ASPAT, analiza moczu\*\*\*\*\*)

11. Ocena stanu fizycznego .....

12. Ocena stanu psychicznego .....

### **13. Skierowanie jest ważne 14 dni od daty wystawienia.**

Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do Zakładu, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938) w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga)\*\* skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży będącego jednostką organizacyjną Ośrodka Lecznico – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” sp. z o.o.

.....  
(miejscowość, data, podpis oraz pieczęć lekarza)

\*) właściwe zaznaczyć

\*\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*\*) jednostkę chorobową wg 4 – znakowego kodu rozpoznania z przedziału chorobowego **F00 do F09, F20 do F29, F30 do F39, F70 do F79, F84** stanowiącego główne kryterium przyjęcia do Zakładu

\*\*\*\*\*) dołączyć kopie kart informacyjnych

\*\*\*\*\*) wymagane zaświadczenie od lekarza specjalisty określające sposób przyjmowania leków

\*\*\*\*\*) dołączyć aktualne wyniki badań