Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej

Data.....

Zaświadczenie lekarza psychiatry
celem kwalifikacji pacjenta do pobytu w ZOL SP ZOZ Rypinie

Nazwisko i imię pacjenta.....PESEL.....
adres zamieszkania.....

Diagnoza lekarska
.....
.....
Aktualne leczenie farmakologiczne
.....
.....

U pacjenta nie stwierdza się/stwierdza* się występowanie przeciwwskazań do pobyt w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym.

.....
Pieczęć i podpis lekarza psychiatry

* Niepotrzebne skreślić