

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejsowość, data, godzina

**Skierowanie do Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnień
Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień
w Łomży, ul. Rybaki 3, tel. 86 216 67 03**

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję Panią (a)

..... ur. w

.....

PESEL : imię ojca

Adres zamieszkania

Krótki wywiad dotyczący okresów nadużywania (alkoholu lub / i innych substancji psychoaktywnych):

.....

.....

.....

Ocena stanu fizycznego (wykonywane w ostatnim roku wyniki badań / ewentualne zalecenia w przypadku leczenia się pacjenta na choroby przewlekłe);

.....

.....

.....

.....

Ocena stanu psychicznego

.....

.....

.....

.....

Rozpoznanie w/g ICD 10 (kod) opisowo

.....

(podpis i pieczęć lekarza)