***PSYCHIATRYCZNY DLA DOROSŁYCH***

*kontakt: Sekretariat Kliniki Psychiatrii Dorosłych*

*statystyk medyczny: Beata Opatowska*

*adres e-mail: psychiatriadoroslych@skp.ump.edu.pl*

*tel.: (61) 84 91 400*

**ORYGINAŁ SKIEROWANIA DO SZPITALA OD LEKARZA PSYCHIATRY** NALEŻY PRZESŁAĆ LUB DOSTARCZYĆ OSOBIŚCIE W CIĄGU 14 DNI OD DATY WYSŁANIA ELEKTRONICZNEGO FORMULARZA REJESTRACYJNEGO LUB

MOŻNA FORMULARZ WYDRUKOWAĆ I RAZEM ZE SKIEROWANIEM DO SZPITALA PRZESŁAĆ POCZTĄ / DOSTARCZYĆ OSOBIŚCIE.

Pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących po dostarczeniu dokumentów ( skierowanie + formularz) i kwalifikacji przez Zespół Oceny Przyjęć. O terminie PRZYJĘCIA DO SZPITALA powiadomimy Państwa mailowo lub telefonicznie lub pisemnie pocztą w ciągu 20 dni od dnia otrzymania oryginału skierowania od lekarza psychiatry.

Jeżeli pacjent posiada skierowanie do szpitala od innego lekarza niż psychiatra prosimy o aktualną konsultację psychiatryczną lub o kontakt z nami mailowo lub telefonicznie

Dodatkowe warunki wymagane do zapisu na listę oczekujących pacjentów : uzasadnienie skierowania do szpitala

przez lekarza psychiatrę - konsultacja psychiatryczna

**FORMULARZ REJESTRACJI** (wypełnia pacjent/ rodzic/opiekun)

do oddziału **PSYCHIATRYCZNEGO DLA DOROSŁYCH**

DANE PACJENTA

*\*nazwisko i imię dziecka*

*\*PESEL \*data urodzenia*

*\*adres zamieszkania: ul. \*kod: \*miasto:*

DANE KONTAKTOWE

*\*nazwisko i imię pacjenta lub opiekuna prawnego*

*\*PESEL*

*\*adres zamieszkania: ul. \*kod: \*miasto*

*tel stacjonarny \*tel. komórkowy*

*\*e-mail \*e-mail (powtórzyć)*

JEDNOSTKA KIERUJĄCA (ze skierowania do szpitala)

*\*nazwa*

*\*adres: ul. kod: miasto:*

*\*tel.*

*\*nazwisko i imię lekarza kierującego*

*\*numer prawa wykonywania zawodu ICD-10*

*\*rozpoznanie (słownie)*

INFORMACJE O CHOROBIE z ostatniego roku

*Opis objawów*

*Przebieg leczenia, pobyt w szpitalu/ poradni*

*Badania wymagane przy kwalifikacji: opis przebiegu choroby i leczenia od lekarza psychiatry ( na skierowaniu do szpitala lub w załączeniu do skierowania )*

*Inne badania*

*Przyjmowane leki*

Data wypełnienia formularza

\*pola obowiązkowe wpisywana automatycznie

UWAGA: Formularz po zamknięciu strony www nie zapisuje się

DRUKUJ PRZEŚLIJ