



„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.

Wybrzeże J. Conrada – Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław

Tel. 71/ 77-66-212 Fax: 71/ 77-66-229

e`mail: sekretariat@dczp.wroclaw.pl www.dczp.wroclaw.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabryczna VI Wydział Gospodarczy

NIP:895-196-51-26 KRS:0000348483 REGON:021184819

Kapitał Zakładowy: 49 470 000,00 zł

M-15(01)

Wrocław, dnia:

KARTA KONSULTACYJNA IZBY PRZYJĘĆ

.....
Nazwisko i imię pacjenta

data urodzenia

PESEL

.....
Kod pocztowy

Miejsce zamieszkania

Ulica i numer domu

Pacjent zgłosił się:

Bez skierowania samodzielnie / bez skierowania z osobą towarzyszącą / ze skierowaniem od lekarza ogólnego / ze skierowaniem od psychiatry / przywieziony przez pogotowie / przywieziony przez policję / inne:

.....
(prawidłowe zaznaczyć)

Wywiad:

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

Stan psychiczny:

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

Rozpoznanie:

Przyczyna odmowy przyjęcia:

Konsultacja typu poradnianego / brak wskazań do leczenia psychiatrycznego / brak wskazań do hospitalizacji psychiatrycznej / skierowany do PZP lub PO / brak wskazań do hospitalizacji w trybie nagłym / wpisany do ewidencji pacjentów oczekujących / brak miejsc / skierowany do:, inne

(prawidłowe zaznaczyć)

Zastosowane leczenie:

.....

Uwagi i zalecenia:

.....

.....
Lekarz Izby Przyjęć