**PSZICHIÁTRIAI SZAKVÉLEMÉNY**

**PSZICHIÁTRIAI BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYBE TÖRTÉNŐ FELVÉTELHEZ**

( Pszichiáter szakorvos által kitöltendő!)

Az ellátást igénylő neve: …………………………………………………………………….

TAJ: ………………………………………………………………………………………….

Születési hely és idő: ………………………………………………………………………...

Lakcím: ………………………………………………………………………………………

Diagnózis: ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

**Az ellátást igénylő a 1993.évi III. tv. 71. § alapján, pszichiátriai bentlakásos intézményben történő ellátása:**

**indokolt\* nem indokolt\***

(\*a megfelelő részt kérjük aláhúzni)

Dátum: ……………………………………

…………………………………….

orvos aláírása Ph.