**Dodatkowe informacje dla Zakładu**

* Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………..………….
* Adres zamieszkania …………………………………………………..……..………….....
* Nr i seria dowodu osobistego …………………………………..……
* Data i miejsce urodzenia ………………………………………………
* Instytucja wydająca/ Data wydania/ numer - legitymacji ubezpieczeniowej ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

* Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie do Zakładu ciąży jakiekolwiek zobowiązanie (komornik, alimentacja)? …………………………………………………………………………..
* Adres Przychodni lekarskiej oraz nazwisko lekarza rodzinnego do której pacjent jest zapisany …………………………………………………………………...........

……………………………………………………………………………

* Czy pacjent był leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego ? ………………………………………………………………………...
* Czy występuje nałóg ( alkohol, narkotyki, nikotyna itp.) ? ....................................................................................................

Pacjent ma obowiązek okazania przy przyjęciu dowodu osobistego i legitymacji ubezpieczeniowej

…………………………………………….

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego