

Dodatkowe informacje dla Zakładu:

1. Czy wobec osoby starającej się o przyjęcie ciąży jakiegokolwiek zobowiązanie (komornik itp.)

.....
.....

2. Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu leczy się w placówce zdrowia psychicznego?

.....
.....

3. Czy osoba starająca się o przyjęcie do Zakładu leczy się onkologicznie?

.....
.....

4. Czy występuje nałóg? (alkohol, nikotyna, narkotyki itp.)

.....
.....

.....
data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego/faktycznego*

* - niepotrzebne skreślić