

Załącznik nr 1 do umowy Nr .....

z dnia .....

.....  
(imię i nazwisko  
upoważnionego lekarza psychiatry)

**Sprawozdanie za ..... kwartał 2024 roku**

**z realizacji zadania dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego:**

1. przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych wobec osób chorych psychicznie zgodnie z art. 18 ust 10 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego;
2. przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.

Lp.	Zgłaszający zastosowanie przymusu bezpośredniego	Data zastosowania przymusu	Data otrzymania zawiadomienia o zastosowaniu przymusu	Data wydania przez upoważnionego lekarza oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego	Ocena: pozytywna/negatywna  (przy ocenie negatywnej -uzasadnienie wydania takiej oceny)

Wszystkie podmioty składające zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zostały powiadomione o wynikach oceny zasadności jego zastosowania i przesłano im zawiadomienia wraz z oceną, celem dołączenia do dokumentacji medycznej osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni.

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć  
upoważnionego lekarza psychiatry