Форма 11

Повідомлення про фізичне обмеження

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хейсей Рік Місяць День

1. Оскільки ваш стан відповідає наступному, відтепер (з ранку / з вечора) ви будете фізично обмежені.

2 Коли наступні симптоми зникнуть, фізичне обмеження буде знято.

Запис

1. Стан, при якому спроба самогубства або заподіяння собі шкоди надзвичайно неминуча.
2. Виражена гіперактивність або неспокій
3. Стан, який може загрожувати життю пацієнта, якщо його не лікувати через психічний розлад.

D. Інше ( )

Ім'я призначеного лікаря з психічного здоров'я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_