RICHIESTA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Lì, _____ ore _____

Il sottoscritto Dott. _____

richiede il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero ospedaliero per

il/la Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____

Il suddetto presenta stato di agitazione psicomotoria e alterazioni psichiche tali da richiedere urgente intervento terapeutico.

La proposta di ricovero non viene accettata dal Paziente e non ci sono, al momento presente, condizioni o circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure curative extra-ospedaliere.

In fede

_____