

pieczętka zakładu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby wymagającej pomocy w formie usług opiekuńczych

Stwierdzam, że Pan/Pani.....
pesel..... zam.....
z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie usług
opiekuńczych.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

.....
.....
.....
.....
.....

Pacjent objęty jest opieką pielęgnacyjną:

- pielęgniarstwa środowiskowej tak nie
- pielęgniarstwa długoterminowej tak nie

Osoba wymaga umieszczenia w ZOL-u: tak nie

Data:.....

.....

pieczętka i podpis lekarza