

pieczętka zakładu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby wymagającej pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych

Stwierdzam, że Pan/Pani.....

pesel..... zam.....

z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie:

- usług opiekuńczych,
- specjalistycznych usług opiekuńczych *

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

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

Pacjent objęty jest opieką pielęgniacyjną:

- pielęgniarki środowiskowej [] tak [] nie
- pielęgniarki długoterminowej [] tak [] nie

* właściwe podkreślić

Data:.....

.....
pieczętka i podpis lekarza