

.....
pieczęć przychodni/zakładu leczniczego

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKI
potwierdzające konieczność korzystania z usług opiekuńczych

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Z uwagi na stan zdrowia potwierdzam/nie potwierdzam * konieczność korzystania z usług opiekuńczych przez w/w pacjenta.

Zalecone czynności pielęgnacyjne.....

.....

.....

Zaświadczenie wydaje się w celu ustalenia przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lęborku zakresu usług opiekuńczych.

.....
pieczęć i podpis lekarza

* właściwe podkreślić