

Pieczętka nagłówkowa przychodni

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE STAN ZDROWIA DO OBJĘCIA POMOCĄ
W FORMIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

1. Posiadane schorzenia uzasadniają potrzebę świadczenia pomocy w formie usług opiekuńczych

TAK NIE

2. Ze względu na stan zdrowia osoba wymaga opieki:

STALE

OKRESOWO (jeżeli tak to na jaki okres)

3. Jeżeli osoba wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych, to proszę o wskazanie zakresu:

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

Koszalin, dn.

.....
podpis i pieczęć lekarza

Lekarz rodzinny

Pielęgniarka środowiskowa – rodzinna (tel. kont.)