

pieczętka zakładu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby wymagającej pomocy w formie usług opiekuńczych

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego w dniu.....
stwierdzam, że Pan/Pani.....
Pesel.....zam.....
z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

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

Data:.....

.....

pieczętka i podpis lekarza