

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
z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności):

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

Data:

.....
pieczętka i podpis lekarza