



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nr.1

Zaświadczam, iż Pan/i.....

Nr Pesel, zam.

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i zalecana jest pielęgnacja w zakresie¹

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Lekarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nr. 2

Zaświadczam, iż Pan/i.....

Nr Pesel, zam.

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i konieczne jest świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych (w tym: specjalistyczne usługi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne, wsparcie psychologiczne)

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Lekarza

¹ Należy wskazać rodzaj pielęgnacji . Informacja nieobowiązkowa