ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE Nr.1

Zaświadczam, iż Pan/i…………………………………………………………………………………….

Nr Pesel …………………………, zam. …………………………………………………………………..

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i zalecana jest pielęgnacja w zakresie[[1]](#footnote-1)…………………………………..……………………………………...............................................................................................……………………………………………………………………...

………………………….. ……………………………………….

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 pielęgniarskie, rehabilitacyjne, wsparcie psychologiczne)

………………………….. ……………………………………….

Miejscowość, data Podpis Lekarza

1. Należy wskazać rodzaj pielęgnacji . Informacja nieobowiązkowa [↑](#footnote-ref-1)