

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA

Miejscowość i data : _____

Imię i nazwisko Pacjenta : _____

Adres zamieszkania : _____

PESEL : _____

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

podpis i pieczęć lekarza

*dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia Pacjenta