

.....
Miejscowość i data

Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Potwierdzające konieczność świadczenia usług opiekuńczych

Nazwisko i imię choregodata urodzenia

Adres chorego

Rozpoznanie lekarskie po polsku

.....

.....

Czy konieczna opieka w postaci usług opiekuńczych

Podać okres opieki

.....
Pieczęć i podpis lekarza