



Stowarzyszenie Rozwoju
Domu Pomocy Społecznej w Moczarach

Stowarzyszenie Rozwoju Domu Pomocy Społecznej w Moczarach, Moczary 41, 38-700 Ustrzyki Dolne
Tel. +48 13461 1107, KRS: 0000229803, <http://srdps.dpsmoczary.pl> e-mail: srdpsmoczary@gmail.com

.....

(miejscowość i data)

Pieczętka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

**wydane dla potrzeb Dziennego Ośrodka Wsparcia Opiekuńczego w Ustrzykach Dolnych
ul. Jana Pawła 20, 38-700 Ustrzyki Dolne**

Imię i nazwisko pacjenta(ki).....

Data urodzenia adres zamieszkania.....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2. Choroby współistniejące

.....
.....

Pacjent(ka) wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji spowodowaną stanem zdrowia TAK / NIE *

Pacjent(ka) wymaga częściowej (w niektórych czynnościach) lub czasowej (w okresach wynikających ze stanu zdrowia) pomocy innych osób TAK/ NIE *

Pacjent(ka) jest osobą niesamodzielną i wymaga czynności opiekuńczych TAK/ NIE *

.....

pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić