

Pieczętka zakładu  
opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
( miejscowość i data )

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb Dziennego Ośrodka Wsparcia Opiekuńczego**

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