

Pieczęć Poradni

Kraków, dn. ....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia. :.....

Pesel .....

Zamieszkały(a): .....

Jest objęty leczeniem w NZOZ (nazwa) .....

z rozpoznaniem :  
.....  
.....  
.....

Zalecane usługi opiekuńcze wynikające z art. 50 ust. 1 pkt. 3 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020r. poz. 1876) tj. usługi obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

TAK             NIE             ( właściwe zaznaczyć)

Jeżeli tak, to w jakim zakresie.....  
.....  
.....

Zalecane leki z dawkowaniem i okresem stosowania:

Nazwa leku.....  
Dawkowanie.....  
Nazwa leku.....  
Dawkowanie.....  
Nazwa leku.....  
Dawkowanie.....  
Nazwa leku.....  
Dawkowanie.....  
Nazwa leku.....  
Dawkowanie.....

Pieczęć i podpis lekarza

\*PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE