

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA PROWADZĄCEGO

Wypełnia lekarz specjalista: neurolog lub geriatra lub psychiatra

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

STAN ZDROWIA:

STABILNY: TAK NIE

ROZPOZNANIE:.....

.....

.....

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.....

.....

.....

DATA OSTATNIEJ MODYFIKACJI LECZENIA:.....

ZALECENIA:.....

.....

.....

.....

.....

ZALECENIA W WYPADKU POGORSZENIA STANU ZDROWIA (POBUDZENIA, AKTYWNOŚCI NOCNEJ ITP.)

.....

.....

.....

.....
Data, pieczęćka i podpis lekarza