

dnia 2023 r.

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko klienta
1. Data urodzenia
2. Adres zamieszkania
3. Rozpoznanie¹
4. Zakres (rodzaj) i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Lp.	Zakres ²	Ilość godzin w miesiącu
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczętka lekarza

1 Na podstawie klasyfikacji ICD - 10 i/lub orzeczenia o niepełnosprawności (w przypadku chorób sprzężonych/wielu schorzeń proszę wskazać to, które bezpośrednio kwalifikuje do specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi).

2 Zgodnie § 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189,poz.1598 ze ze zm):