

Dnia 20.... 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 |
|----------|---------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 1) | | |
| 2) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |
| 5) | | |
| 6) | | |

.....
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 zm):