

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającego się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego

Data urodzenia PESEL

adres

Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

.....

.....

.....

Schorzenia współistniejące:.....

.....

.....

.....

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki i rehabilitacji oraz leczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym psychiatrycznym.

.....
(pieczęć, podpis lekarza, data)