



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

dla osoby ubiegającej się o specjalistyczne usługi opiekuńcze

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

.....

.....

Czy występuje potrzeba wprowadzenia specjalistycznych usług opiekuńczych: **TAK / NIE***

Osoba wymaga specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie:

- indywidualnej opieki pielęgniarzkiej
- rehabilitacji (usługa grupowa)
- indywidualnego wsparcia fizjoterapeutycznego
- rehabilitacji w wodzie (usługa grupowa)
- grupowego wsparcia psychologicznego
- indywidualnego wsparcia psychologicznego

W terminie od **do**

* właściwe zaznaczyć

.....

(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)