

Kędzierzyn-Koźle, dnia

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(wypełnia lekarz psychiatra)

do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu o konieczności przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ze względu na zaburzenia psychiczne (diagnoza – rozpoznanie):

.....
.....

nie wymaga **wymaga** pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Inne choroby lub inwalidztwo:

Od ilu lat choruje:

Aktualny stan zdrowia:

.....
.....

Czy w przeszłości były zachowania zagrażające dla pacjenta lub innych osób:

nie podaje tak, jakie.....

Inne ważne informacje i uwagi:

.....
.....

Pacjent objęty jest opieką pielęgnacyjną:

- pielęgniarstwa środowiskowej tak nie

- pielęgniarstwa długoterminowej tak nie

Osoba wymaga umieszczenia w ZOL-u: tak nie

.....
pieczętka lekarza