

.....  
pieczęć nagłówkowa poradni

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie usług wsparcia krótkoterminowego

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....  
.....  
.....

3. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....  
.....

5. Pacjent wymaga ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność usług wsparcia krótkoterminowego

☐ TAK

☐ NIE

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)