



Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
Albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską
Lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że Pan(i):

.....
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

.....
(numer PESEL świadczeniobiorcy lub – w przypadku jego braku – numer dokumentu tożsamości)

potrzebuje całodobowej opieki i pielęgnacji oraz nie wymaga hospitalizacji i dlatego kieruję go (ją) do zakładu opiekuńczo-leczniczego.

Wykaz leków przyjmowanych przez pacjenta na stałe wraz z dawkowaniem

--

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis oraz pieczęć lekarza)

