

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Świlczy

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent jest **osobą niesamodzielną*** tj. wymaga opieki i korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego oraz wspomagającego wymienionego poniżej:

TAK NIE

Rodzaj zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego związanego z indywidualnymi potrzebami:

1.
2.
3.
4.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

** osobę, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego*