



.....
Pieczęta zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Wydawane na potrzeby uczestnictwa w projekcie: „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”
realizowanego przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej

PACJENT: (Imię i nazwisko):

PESEL :

Zamieszkały:

W oparciu o ocenę stanu zdrowia i na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej
zaświadcza się, że w/w pacjent:

a) jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, stanu
zdrowia, niepełnosprawności;

b) jest objęty opieką długoterminową w warunkach domowych

c) kwalifikuje się do opieki długoterminowej w warunkach domowych¹

.....
data, pieczęć, podpis lekarza

¹ Wybrać a, b lub c