………………………………………….. ……………………………………….………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość, data

lub praktyki lekarskiej

**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[[1]](#footnote-1):

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 domowych.

..…………………………………..…………………………..

data, pieczęć, podpis lekarza

1. Wybrać a, b lub c [↑](#footnote-ref-1)