Bełchatów, dnia.....

.....
(pieczęć przychodni, zakładu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające konieczność korzystania
ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Imię i nazwisko pacjenta:

..... Wiek: ..... lat

Adres zamieszkania:

.....

Diagnoza – rozpoznanie(w języku polskim): .....

.....

Choroby współistniejące: .....

.....

.....

Pacjent wymaga korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania. Usługi są realizowane na podstawie Rozporządzenia Ministra Polityki społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005r. Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.)

Zaświadczenie wydane jest celem przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Bełchatowie

.....
(pieczęć i podpis lekarza psychiatry)