

.....

.....  
(miejsowość, data)

(pieczęć Przychodni)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

potwierdzające konieczność korzystania

ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

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

.....

.....

.....

Choroby współistniejące: .....

.....

.....

Pacjent wymaga korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania.

Zaświadczenie wydane jest celem przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej w Sokółce.

.....

(pieczęć i podpis lekarza)