

pieczęć przychodni

data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osób korzystających z usług opiekuńczych

.....
Nazwisko i imię pacjenta, nr PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Rozpoznanie

Ogólny opis sytuacji zdrowotnej:

.....
.....
 leżący

chodzący

Przedmiotowy zakres usług:

Lp	Przedmiot usług	Wpisać X
1.	Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych – w tym: przygotowanie posiłków, sprzątnięcia, zakupy (nie zawiera opieki higienicznej)	
2.	Opieka higieniczna	
3.	Pielęgnacja (w tym: podawanie leków, zmiana opatrunków, pielęgnacja ran i odleżyn)	
4.	Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 poz.2561)	

Zaświadczenie ważne do:.....

.....
pieczęć i podpis lekarza