*pieczątka zakładu leczniczego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagającej pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych**

 *(wypełnia lekarz psychiatra lub neurolog)*

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego w dniu………………………………….

stwierdzam, że Pan/Pani………………………………………………………………………...

pesel………………………………… zam.……………………………………………………..

z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w postaci specjalnych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data:……………………………

 …..…………………………………

 pieczątka i podpis lekarza