

Zaświadczenie lekarskie

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc w formie usług opiekuńczych
2. Wiek
3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych od dniado dniaw wymiarze.....godz. w dni robocze.....
4. Proszę podać zakres niezbędnych świadczeń do zapewnienia przez Ośrodek Pomocy Społecznej :
 - 1) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych, a szczególności : pomoc w utrzymaniu czystości w zajmowanych pomieszczeniach, przygotowanie posiłku, robienie zakupów, opieka higieniczna, toaleta, kąpiel, itp.,
 - 2) wspieranie procesu leczenia : umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarskich, realizacja recept, itp.,
 - 3) pomoc w podtrzymaniu psychofizycznej kondycji osoby : rozmowy, spacer, itp.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)