

.....  
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

### Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

.....

Symbol zaburzenia psychicznego.....

Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w ramach: – <b>rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu:</b>	Ilość godzin	
	w tygodniu	w miesiącu

Zaświadczenie jest ważne na okres:.....

.....  
 Data i podpis lekarza/specjalisty