

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

Zaświadczenie lekarskie (dorośli)

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:	Ilość godzin miesięcznie
– rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu:	

Zaświadczenie jest ważne na okres:.....

.....
 Data i podpis lekarza/specjalisty