.....

pieczątka nagłówkowa placówki

służby zdrowia

.....

miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko .....

zam. ..... PESEL .....

Niniejszym potwierdzam, że osoba, której zaświadczenie dotyczy jest niesamodzielna, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych*, inne jakie?.....

.....

podpis lekarza

*Odpowiednie podkreślić