

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że PESEL
wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego .

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art.25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz.1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia , o którym mowa w art.5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009r. Nr 52,poz. 419, z póź.zm) ,zastępuje ocenę skalą Barthel.

***W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać „nie ma zastosowania”