.............................................................. Mikołów, dnia ……………

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

**do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mikołowie**

Imię i nazwisko pacjenta:............................................................................................................

Adres zamieszkania:...................................................................................................................

Zaświadczam, iż w/wym jest osobą niesamodzielną[[1]](#footnote-1) z uwagi na **(wpisać czynności dnia codziennego, których pacjent nie jest w stanie samodzielnie wykonać)**………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………

pieczątka i podpis lekarza

1. Osoba niesamodzielna – osoba, która z uwagi na stan zdrowia, wiek lub niepełnosprawność wymaga wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-1)