Załącznik 7

…………………………………………

Pieczątka 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:   * **rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu:** | **Ilość godzin** | |
| **w tygodniu** | **w miesiącu** |
|  |  |  |

Zaświadczenie jest ważne na okres:……………………………

……………………………………….

Data i podpis lekarza/specjalisty