



.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wzór*

Imię i nazwisko

PESEL

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, 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, sprząatanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

.....
podpis i pieczęć lekarza

*dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów.