

**Wybrana przez lekarza treść zaświadczenia :**

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data urodzenia/nr PESEL: .....

Pacjent nie wymaga hospitalizacji, nie wymaga całodobowej opieki, może przebywać w miejscu zamieszkania.

Stan zdrowia Pacjenta nie zagraża zdrowiu i życiu. \*

lub

Pacjent nie wymaga hospitalizacji, nie wymaga całodobowej opieki, wymaga wyłącznie doraźnej opieki w miejscu zamieszkania w formie usług opiekuńczych.

Stan zdrowia Pacjenta nie zagraża zdrowiu i życiu innych osób sprawujących opiekę.\*

lub

Pacjent wymaga całodobowej opieki w placówce typu :  
(zakreślić właściwe)\*

Zakład Opiekuńczo - Lecznicy

Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy

Oddział Rehabilitacyjny

Skierowania na inny, właściwy dla stanu zdrowia pacjenta, oddział leczenia Służby Zdrowia

Dom Pomocy Społecznej

Hospicjum

Podpis i pieczętka lekarza

\* właściwe zakreślić