

Załącznik nr 2 do procedury organizowania i świadczenia  
usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych  
i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
w MGOPS w Gostyniu

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć Przychodni)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

potwierdzające konieczność korzystania  
ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Rozpoznanie (w języku polskim):.....

.....

proponowany zakres usług .....

.....

.....

Pacjent wymaga korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania.

Zaświadczenie wydane jest celem przedłożenia w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Gostyniu.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)