Załącznik nr 3 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/ZOZ)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dotyczące zakresu: rehabilitacji,
usług pielęgniarskich*

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Diagnoza (w języku polskim) rozpoznanie …….....

.....

.....

.....

Rodzaj i zakres (rehabilitacji, usług pielęgniarskich*)[1)]….....

.....

.....

.....

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić

[1)]Pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych nie może zastępować systemu ochrony zdrowia, czy systemu oświaty, osoba powinna wy wykorzystać wszystkie możliwości i uprawnienia, jakie przysługują jej z innych systemów tj.: ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w przypadku dzieci ustawy o systemie oświaty.