

.....
(pieczęć zakładu medycznego)

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK LEKARSKI
na usługi opiekuńcze/specjalistyczne usługi opiekuńcze*

Nazwisko i imię chorego rok urodzenia

Adres chorego

Rozpoznanie lekarskie po polsku

Czy konieczna opieka

Proponowany okres opieki

Proponowana ilość godzin dziennie

.....
(podpis lekarza)

Ilość godzin w okresie trwania opieki może być zwiększona lub zmniejszona w zależności od potrzeb uznanych przez Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Starym Sączu.

* właściwe podkreślić