..........................................................
miejscowość, data

..............................................................
pieczęć nagłówkowa

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że ogólny stan pacjenta.................................................................. (imię i nazwisko)

ur. ........................................... zam. ...............................................................................
 (data urodzenia) (miejsce zamieszkania)

Potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Rozpoznanie:……………………………………………………………………………………Zaświadczenie wydaje się celem uczestnictwa pacjenta w Dziennym Domu Pomocy w Złowodach.