



Załącznik nr 14 do Zarządzenia Nr 10/2026
Kierownika MGOPS w Drawsku Pomorskim
z dnia 24 sierpnia 2026r.

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Drawsku Pomorskim**
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie
tel. 94 36 344 21, 94 36 344 22, e-mail: opieka_drawsko@post.pl

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE CELEM PRZYZNANIA USŁUG
OPIEKUŃCZYCH**

1. Imię i nazwisko pacjenta:

.....

2. Wiek:

3. Adres zamieszkania:

4. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia częściowej opieki:

Stale ☐ tak ☐ nie

Okresowo ☐ tak ☐ nie

5. Konieczność stosowania diety:

☐ nie ☐ tak – jakiej?

6. Zdolność pacjenta do poruszania się

Po mieszkaniu..... w środowisku

7. Zalecane czynności pielęgnacyjne:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęć ZOZ

.....
pieczęć i podpis lekarza