

.....  
(pieczęćka jednostki wnioskującej)

**ZAŚWIADCZENIE**

DLA MOPS W TYCHACH O PRYZNANIE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG  
OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Imię i Nazwisko.....

data urodzenia.....zam.....

Podstawowe informacje o pacjencie:

1.Diagnoza psychiatryczna.....

2.Leczenie farmakologiczne.....

3.Leczenie szpitalne.....

4.Charakterystyczne cechy funkcjonowania.....

.....

.....

.....

.....  
(PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA)