



PZN Centrum Edukacyjno - Leczniczo - Rehabilitacyjne
dla Dzieci i Młodzieży
ul. Zawadzkiego 128 43-229 Rudołtowice

II. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga** / **nie wymaga***
skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis oraz pieczęć lekarza **

Niepotrzebne skreślić. ** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel. *** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

.....
pieczęć i podpis pielęgniarki