Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o pomoc w ramach grantu:

Nowy model opieki Hospicjum Domowego „KOLORY" na terenach wiejskich

1.Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

…….

2. Adres zamieszkania:

…….

3. Numer telefonu do kontaktu:

…….

4. Numer Pesel:

…….

5. Rozpoznania choroby (kody ICD-10 choroby zasadniczej i chorób współistniejących):

…….

…….

…….

6. Opis stanu zdrowia świadczeniobiorcy:

…….

…….

…….

…….

…….

7. Zalecenia dotyczące opieki domowej:

…….

…….

…….

…….

…….

Miejscowość, data Podpis i pieczątka lekarza

…….. ……