

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

ORZECZENIE

Na podstawie badań lekarskich z dnia oraz załączonych badań dodatkowych stwierdza się, że Pan/i
zam. Powinien/nna być skierowany/a do Domu Pomocy Społecznej na pobyt całodobowy o profilu:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć)