...............................................… ..................................................

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej miejscowość i data

lub praktyki lekarskiej

**OPINIA LEKARZA O STANIE ZDROWIA**

Pani/Pan ................................................................................... ur. ………………….………...

zam. ..............................................................................................................................................

poświadczam, iż pacjent/ka z uwagi na wiek/stan zdrowia/postępującą chorobę otępienną/schorzenia sprzężone\*

jest osobą (właściwe proszę zaznaczyć):

* z zaburzeniami psychicznymi,
* z niepełnosprawnością intelektualną,
* z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Pani/Pan kwalifikuje się do wsparcia w ramach dziennego Klubu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie

\* właściwe podkreślić